ПСИХОТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Под редакцией
В. К. Шамрея, В. И. Курпатова

*Допущено Ученым советом Военно-медицинской академии
в качестве учебного пособия по психотерапии
для слушателей факультета послевузовского
и дополнительного образования*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2012

УДК 615.8–616.8
П86

Рецензенты:

Мирослав Михайлович Одинак — член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (ВМедА), главный невропатолог МО РФ;

Юрий Васильевич Попов — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева по научной работе, заслуженный деятель науки РФ

П86 **Психотерапия** : учебное пособие / под ред. В. К. Шамрея, В. И. Курпатова. — СПб. : СпецЛит, 2012. — 496 с.
ISBN 978-5-299-00472-4

Учебное пособие «Психотерапия» подготовлено сотрудниками Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Данное пособие предназначено для слушателей факультета послевузовского и дополнительного образования, а также для врачей, аспирантов, ординаторов, интернов по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия» и по смежным дисциплинам (наркология, психофизиология, суицидология, медицинская психология и др.).

УДК 615.8–616.8

ISBN 978-5-299-00472-4

Авторский коллектив

Архангельский Аскольд Евгеньевич — доцент кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук;

Баурова Наталья Николаевна — психолог клиники психиатрии ВМедА, кандидат психологических наук;

Галиев Ринат Фаридович — ассистент кафедры психотерапии СПбМАПО, кандидат медицинских наук;

Губин Александр Михайлович — заведующий психотерапевтическим кабинетом клиники психиатрии ВМедА;

Дрига Борис Владимирович — помощник начальника клиники психиатрии ВМедА по лечебной работе;

Дьяконов Игорь Фёдорович — ассистент кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук, доцент;

Еричев Александр Николаевич — доцент кафедры психотерапии СПбМАПО, кандидат медицинских наук;

Колчев Александр Иванович — доцент кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук, профессор;

Кондратьева Татьяна Михайловна — психолог клиники психиатрии ВМедА;

Костюк Георгий Петрович — заместитель начальника кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук, доцент;

Курасов Евгений Сергеевич — докторант кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук;

Курпатов Владимир Иванович — заведующий кафедрой психотерапии СПбМАПО, доктор медицинских наук, профессор;

Лыткин Владимир Михайлович — доцент кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук;

Малахов Юрий Константинович — преподаватель кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук;

Марченко Андрей Александрович — старший преподаватель кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук;

Нечаев Аркадий Павлович — ассистент кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук;

Нечипоренко Валерий Владимирович — профессор кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук, профессор;

Овчинников Борис Владимирович — заведующий НИЛ (психического здоровья) кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук, профессор;

Осипова Светлана Анатольевна — доцент кафедры психотерапии СПбМАПО, кандидат медицинских наук;

Саламатов Владимир Евгеньевич — кандидат медицинских наук, доцент;

Синенченко Андрей Георгиевич — преподаватель кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук;

Третьяк Леонид Леонидович — ассистент кафедры психотерапии СПбМАПО, кандидат медицинских наук;

Фёдоров Александр Петрович — профессор кафедры психотерапии СПбМАПО, доктор медицинских наук, профессор;

Хабаров Иван Юрьевич — преподаватель кафедры психиатрии ВМедА, кандидат медицинских наук, технический редактор;

Шамрей Владислав Казимирович — заведующий кафедрой психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук, профессор;

Шангин Андрей Борисович — профессор кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук;

Янковская Евгения Михайловна — ассистент кафедры психотерапии СПбМАПО, кандидат медицинских наук.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Часть VI. Отдельные формы и виды психотерапии

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АПСР — ассоциативная психическая саморегуляция
АТ — аутогенная тренировка
БПМ — базовые перинатальные матрицы
ДБТ — диалектически бихевиоральная терапия
ДПДГ — десенсибилизация посредством движений глаз
ДСКИ — дебрифинг стресса критического инцидента
ИСС — измененное состояние сознания
КБТ — когнитивно-бихевиоральная терапия
КПО — кататимное переживание образов
КПТ — когнитивно-поведенческая психотерапия
ЛГ — лингвограмма
МДП — маниакально-депрессивный психоз
НЛП —нейролингвистическое программирование
ОТИ — ослабление травматического инцидента
ПСР — простая сенсомоторная реакция
ПТСР — посттравматические стрессовые расстройства
РЭТ — рационально-эмотивная психотерапия
СД — скорость десенситизации
СКО — система конденсированного опыта
СП — семейная психотерапия
ТМП — терапия мысленного поля
УСКИ — управление стрессом критического инцидента
ЦНС — центральная нервная система
ЭКГ — электрокардиограмма
ЭЭГ — электроэнцефалограмма

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время продолжается развитие психотерапии в нашей стране как самостоятельной медицинской специальности — ее инфраструктуры, методов, образовательной практики.

В связи с распространением биопсихосоциальной концепции в медицине и здравоохранении интерес к психотерапии вполне естествен. Подтверждается ее роль в лечении не только нервно-психических и психосоматических заболеваний, но и более широкого круга расстройств. Реформирование отечественного здравоохранения, перераспределение основных контингентов больных повышают роль психотерапии для общей врачебной практики, а также военной медицины.

Одним из условий повышения качества психотерапевтической помощи является обеспечение врачей-психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и других специалистов, принимающих участие в психотерапевтическом процессе, профессиональной литературой. За последние годы количество публикаций отечественных авторов по психотерапии справочного, учебного, научного характера значительно возросло. Однако среди них качественных изданий, отвечающих требованиям научности, информативности, систематичности, доступности изложения, по-прежнему мало.

К числу этих немногих исключений следует отнести учебное пособие «Психотерапия», подготовленное сотрудниками двух известных учреждений — Военно-медицинской академии и Санкт-Петербургс-кой медицинской академии последипломного образования, под редакцией профессора В. К. Шамрея и профессора В. И. Курпатова.

Помимо весьма полного изложения основных направлений, форм, видов, методов, техник современной психотерапии, заслуживают отдельного внимания такие разделы этой книги, как лингвистика, риторика в их значении для психотерапии, отечественный вариант динамической психотерапии, психотерапия посттравматических и стрессовых расстройств, общенаучные и методические вопросы психотерапии, ее состояние и тенденции развития.

В книге нашел отражение опыт авторов — психотерапевтов и психиатров; ученых, преподавателей и практиков; врачей и клинических психологов.

Результаты многолетней повседневной деятельности авторского коллектива, представленные в книге, позволят улучшить образовательный процесс по психотерапии, а также качество лечения, профилактики и реабилитации в широкой медицинской практике.

Профессор Б. Д. Карвасарский

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие подготовлено коллективом сотрудников кафедры психиатрии Военно-медицинской академии и кафедры психотерапии СПбМАПО, которых объединяют многолетние (с 1982 г.) профессиональные и дружеские отношения.

Книга посвящена интересной и сложной медицинской специальности — психотерапии, которая прошла свой путь в России от ее научных истоков, представленных в трудах В. М. Бехтерева и И. П. Павлова, до официального признания в качестве врачебной специальности в 1985 г., когда приказом Министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей — должность «88. Врач-психотерапевт».

В последние годы психотерапия в России стала бурно развиваться. Прошли те времена, когда под психотерапией понимались гипноз, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия, или безоглядно импортировались зарубежные методы и приемы. В создании современной отечественной психотерапии важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, коллективы Санкт-Петербургского государственного университета и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Особая заслуга принадлежит доктору медицинских наук, профессору, заслуженному деятелю науки РФ, руководителю Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, главному специалисту-эксперту по психотерапии Росздравнадзора, руководителю отделения неврозов и психотерапии СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, выпускнику Военно-морской медицинской академии Борису Дмитриевичу Карвасарскому.

Освоив достижения отечественной и зарубежной психотерапии, российское психотерапевтическое сообщество вступило в новый период творческого развития с современным пониманием ее роли не только в лечении, но и в реабилитации, а также профилактике психических и соматических расстройств. В данном учебном пособии авторы стремились описать современные терапевтические подходы языком, понятным для практического врача, сформулировать представления о роли современной психотерапии с позиций биопсихосоциальной парадигмы.

Пособие может быть полезным не только врачам-психиатрам и психотерапевтам, но и практическим и медицинским психологам, социальным работникам и другим специалистам, использующим психотерапию и психокоррекцию в своей повседневной деятельности.

ЧАСТЬ I
Основы психотерапии

Глава 1
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Понятие «психотерапия» имеет множество определений. Семантика термина чаще всего определяется как «терапия, проводимая психологическими методами». При этом данный термин приобрел за последние десятилетия более широкое содержание, охватывающее как медицинский, так и психологический аспекты. Очевидно, исходным понятием следует считать общение как одну из важнейших форм жизнедеятельности человека. Общение — это психологическое взаимодействие, информационная коммуникация, осуществляемая параллельно по вербальным (речевым) и невербальным каналам. Среди множества форм и видов общения (профессиональное и бытовое, непосредственное и опосредованное, ситуативное и личное и т. д.) выделим профессиональную психологическую помощь, которую оказывают своим клиентам (обучаемым, пациентам и др.) специалисты, компетентные в области педагогики, психологии, психического здоровья. Такое общение, являясь, по сути, разновидностью профессиональной деятельности, должно осуществляться в рамках правовых и этических норм и опираться на рациональные, научные представления о человеке и окружающем его мире. Подчеркнем, что эта деятельность не зависит от религиозных знаний и других иррациональных подходов.

Профессиональная психологическая помощь подразделяется на психотерапию, психологическое консультирование (вне целей психокоррекции), психодиагностику и профориентацию, организационное консультирование, индивидуальный коучинг и ряд других новых форм. Специфика психотерапии как основной, исходной, формы психологической помощи состоит в психологическом воздействии, направленном на изменение психических состояний и личностных свойств клиента. Очевидно, что эти изменения должны быть позитивными, способствовать благополучию человека, повышать его жизнеспособность.

Таким образом, в психотерапии нуждаются и могут прибегать к ней как пациенты с психическими нарушениями, расстройствами, так и психически здоровые лица, испытывающие трудности обще-

ния, адаптации, профессионального и личностного роста и другие психологические проблемы. В зависимости от уровня психического здоровья клиента различают клиническую и неклиническую (психологическую) психотерапию. Сразу же подчеркнем, что по происхождению неклиническая психотерапия является дочерним продуктом клинической. Методы (техники) психологического воздействия первоначально разрабатывались и применялись для решения задач клинической психиатрии, а затем уже экспортировались в практическую психологию. Собственно психологическими следует считать только техники, относящиеся к экзистенциально-гуманистическому направлению.

Настоящее пособие посвящено клинической психотерапии, поэтому в последующем тексте термин «психотерапия» используется в его клиническом, медицинском значении. Некоторые авторы подразделяют клиническую психотерапию на неспецифическую и специфическую. Под неспецифической психотерапией понимается, по существу, система психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Эта область, относящаяся к превентивной психиатрии и наркологии, подверглась научной разработке сравнительно недавно, и существенных достижений в ней пока нет. Термином «неспецифическая» (некаузальная) психотерапия описывают множество мероприятий, методических приемов и иных усилий, направленных на поддержание психического тонуса и комфорта больных независимо от их диагнозов и особенностей психического состояния. Сюда входит соблюдение персоналом медицинских учреждений правил деонтологии, а также формирование в рабочих коллективах «психотерапевтической среды», включающей гуманное отношение к пациентам, четкое функционирование всех подразделений медицинского учреждения. Погруженным в данную среду пациентам предоставляются возможности интересной и полезной для них деятельности (трудотерапия, музыкотерапия, видеотерапия, библиотерапия, игротерапия, доступные виды художественного творчества, взаимодействие с объектами ландшафта, фауны и флоры и т. д.).

Если неспецифической психотерапии отводится вспомогательная роль, то решающая роль принадлежит специфической клинической психотерапии. Ее предназначение состоит в лечении психических и соматических расстройств и болезней, а также последующей реабилитации пациентов, наряду с фармакотерапией, физиотерапией и другими биологическими методами лечения. Однако следует помнить о качественных отличиях психотерапии. Мир психических явлений представлен только его обладателю — субъекту. Человек, будь это даже знающий и опытный психотерапевт, способен судить о психических образах, переживаниях и побуждениях другого субъекта только

по его поведению, речи, мимике, творчеству и т. д. (так называемым психологическим фактам), которые не всегда носят объективный характер. Таким образом, специфика психотерапии как лечебного метода состоит в ее неопределенности, малой предсказуемости, высокой значимости интуитивного компонента. Все это сближает психотерапию с искусством.

Психотерапия представляет собой обширное поле теоретических представлений, зачастую смутных и противоречивых, и множество методов (около 800), значительная часть которых не поддается строгой формализации и не подлежит однозначному воспроизведению. Существующие направления и школы общаются и полемизируют между собой на «психотерапевтическом языке», включающем ряд более или менее общепринятых понятий. Эти понятия настолько тесно переплетены, что с трудом поддаются систематизации. Условно можно выделить три группы понятий: термины, относящиеся к объекту психотерапии — пациенту; термины, описывающие взаимодействие пациента и терапевта; термины, относящиеся к субъекту психотерапии — терапевту.

Пациент, которому назначается психотерапия, должен быть носителем психотерапевтической «мишени» (или нескольких мишеней). Понятие «мишени» тесно связано с понятиями «показания к психотерапии» и «цель психотерапии». Однако существуют и определенные различия между ними. К мишеням относятся особенности поведения и психических явлений пациента, на которые психотерапевт может и стремится воздействовать. Мишени — это психопатологические симптомы и синдромы, которые описываются на языке психиатрии. Показания к психотерапии — это более широкое понятие, требующее сопоставить мишени с «ресурсами» пациента. Под ресурсами обычно понимают особенности психического состояния и личности пациента, которые могут быть усилены в процессе психотерапии. Наличие ресурсов означает определенную степень сохранности пациента. При недостаточных ресурсах следует отдать предпочтение фармакотерапии и другим видам биологического лечения. В этой связи уместно вспомнить известное высказывание: «Фармакотерапия помогает сняться с мели, психотерапия указывает правильный путь». Можно заметить, что для психодинамической терапии особенно важны интеллектуальные ресурсы пациента, для бихевиорально-когнитивной — волевые, а для экзистенциально-гуманистической — эмоциональные. Некоторые авторы считают, что все виды терапии, так или иначе, способствуют облегчению «доступа» пациента к своим ресурсам. Показания к психотерапии формулируются, исходя из комплексной оценки психического и соматического статуса пациента, а также необходимости в других формах лечения. Комплексный, биопсихосоциальный

подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обусловливает необходимость корректирующих воздействий, которые соответствовали бы природе каждого фактора. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Чаще всего она сочетается с психофармакотерапией. В каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только диагнозом, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Возможна ли психотерапия, проводимая без желания пациента или вопреки его желанию? Большинство авторов отвечают на этот вопрос отрицательно. Считается, что залогом успеха психотерапии является так называемый «активный запрос пациента». Под ним понимается осознанное и достаточно устойчивое желание что-то изменить в своей психике и поведении, от чего-то избавиться, что-то новое приобрести. Запрос пациента, обладающего высоким интеллектом и хорошей рефлексией, часто совпадает с конечной целью психотерапии — максимальным восстановлением социальных функций. Менее принципиальные и нечетко сформулированные запросы могут быть прояснены в ходе терапии.

Необходимым моментом любой психотерапии является психотерапевтическая эксплорация — спонтанное самораскрытие (самопроявление) пациента. Это субъективно трудный, поэтапный процесс приближения к «моменту истины» (между пациентом и терапевтом). Преодоление страха перед самораскрытием и совладание с его последствиями может породить чувство высвобождения, представляющее несомненную терапевтическую ценность. При этом важно, чтобы самораскрытие не оставляло чувства стыда. Другим важным моментом является фактор объективизации. При самораскрытии пациента ряд моментов могут быть им впервые точно сформулированы и тем самым осознаны и полноценно внутренне пережиты. Подчеркнем, что терапевтическую ценность имеют не только внезапные «инсайты» (озарения), но и трудные, порой неприятные, умозаключения и выводы, к которым постепенно приходит пациент. Иногда используется термин «терапевтический маркер». Под ним понимается такое переживание или поведение пациента в ходе сессии, которое требует от терапевта определенного психотерапевтического вмешательства.

Психотерапия предъявляет к пациенту более высокие требования, чем все виды биологической терапии. Для достижения собственного излечения он должен активно работать, осуществлять творческий

поиск, прилагать волевые усилия, испытывать напряжение. Знаменитый врач А. Швейцер писал: «Каждый пациент носит в себе своего собственного врача». А китайская пословица утверждает: «Сам болен — сам лечись». Не будет большой натяжкой утверждать, что психотерапевт, при всем желании вылечить больного, не может выйти из роли «фасилитатора», катализатора «аутотерапевтической системы», который лишь создает для пациента оптимальные условия для самоизлечения.

В ходе психотерапии у некоторых пациентов может формироваться своеобразная зависимость от психотерапевта. В нашем профессиональном сообществе бытует такое крылатое выражение: «Самым сильным из наркотиков является человек». Если пациент приписывает терапевту исключительные человеческие качества, считает его единственным источником собственного здоровья и силы, испытывает страх разрыва отношений — следует констатировать психологическую зависимость. Возникновение такой зависимости неоднозначно оценивается в разных школах психотерапии. В психоанализе она рассматривается как признак прогресса; в гипносуггестии умеренная зависимость скорее способствует, чем препятствует успеху психотерапии. В экзистенциально-гуманистических школах зависимость трактуется однозначно негативно и считается следствием ошибочной работы терапевта.

Двустороннее взаимодействие пациента и терапевта описывается терминами, среди которых особое место занимают понятия, характеризующие межличностные отношения в терапевтической диаде. Это такие термины, как «терапевтический альянс, контракт, контакт», «терапевтические отношения». Сама же личная встреча терапевта с пациентом (группой пациентов) обозначается термином «психотерапевтическая сессия». Этот термин вытеснил более раннее понятие «психотерапевтический сеанс».

Психотерапевтический контакт подразумевает установление между пациентом и терапевтом устойчиво позитивных, открытых отношений взаимного понимания и доверия. Желательным моментом является также взаимная симпатия, но ее не всегда удается достигнуть. Стоит упомянуть выражение французского психиатра и невролога XIX в. (одного из создателей групповой психотерапии) Ж. Ж. Дежерина об «искре, которая проскакивает между невропатом и врачом». Кстати, Дежерин считается идейным предшественником отечественной личностно-ориентированной психотерапии. Взаимное психологическое соответствие, совместимость пациента и терапевта является катализатором эффективности психотерапии, залогом ее успеха. Однако научное исследование этого социально-психологического феномена еще впереди. Решающий вклад в «выстраивание», формирование

эффективных отношений должен внести, разумеется, психотерапевт. Он проявляет уважение к пациенту как к личности, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь ему. Психотерапевтический контакт является базовым лечебным фактором. Он содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (отреагирование или «вентиляция» эмоционального напряжения), эмоциональную поддержку, обратную связь при раскрытии мыслей, переживаний и мотивов поведения пациента.

Если «контакт» отражает неформальную, содержательную сторону отношений пациента с терапевтом, то термины «альянс» или «контракт» отражают формальную, договорную сторону этих отношений. Такой контракт, заключаемый на основе информированного согласия пациента («комплайенса»), позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками. Договор может быть устным или письменным. К его предмету относятся частота и продолжительность встреч, поддержание контакта между встречами, порядок оплаты, возможные причины пропуска встречи, компенсации и санкции и т. д. Степень равноправия партнеров (договорной «симметрии») может быть различной и зависит от применяемой терапевтической парадигмы. Однако в любом случае терапевт берет на себя обязательства ненанесения вреда и соблюдения конфиденциальности. К сожалению, психотерапевтическое сообщество в нашей стране пока не располагает официальными юридическими и этическими нормами, которые гарантировали бы добросовестность психотерапевта, его «честную игру» с пациентом.

На базе межличностных отношений пациента и терапевта в рамках заключенного контракта протекает их специфическое взаимодействие, составляющее сущность лечебного процесса. Оно описывается такими терминами, как «терапевтическая методика», «техника», «вмешательство или интервенция», а также «терапевтическое событие», «изменение», «терапевтический процесс».

В отечественной литературе чаще используется понятие психотерапевтического вмешательства. Оно может обозначать конкретный терапевтический прием (например, уточнение, вопрос, разъяснение, совет, стимуляция, интерпретация, конфронтация и др.), а также общую стратегию поведения терапевта, непосредственно связанную с его теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целей психотерапии). Выделяются два основных типа вмешательств: директивные и недирективные. Первые представляют собой предписания, обязательные для исполнения пациентом. Вторые — желательны, но не обязательны для немедленного исполнения. Вмешательства можно де-

лить также на профилактические, лечебные и реабилитационные — в зависимости от фазы патологического процесса.

Психотерапевтический процесс — это непрерывная цепочка событий, происходящих в диаде «пациент-врач». Процесс начинается с их первой встречи, но с последней встречей не заканчивается. В качестве примера можно привести выражение М. Эриксона: «Мой голос останется с вами». Терапевт управляет процессом с помощью применяемых им вмешательств. Если техники выбраны адекватно, за ними рано или поздно следуют терапевтические события — ощущаемые и наблюдаемые пациентом изменения. Элвин Марер называл такие эпизоды «хорошими моментами». Заметим, что работа даже опытного психотерапевта не может быть вполне свободна и от «плохих моментов», ошибок и неудач. Достигаемые изменения должны отображать постепенную ликвидацию психопатологических нарушений. Если терапевтический процесс недостаточно динамичен, врач должен реагировать на это и принимать необходимые дополнительные меры.

Последняя группа общих терминов связана с психотерапевтом, его личностью и поведением. Профессиональные качества психотерапевта неотделимы от его личных общечеловеческих качеств. Только практикующий в области психотерапии врач имеет «технологическую» необходимость в психологической близости со своим пациентом. Во всех других сферах клинической медицины такой необходимости не возникает — для успешного лечения вполне достаточны формальные деловые отношения. Из-за этой специфики психотерапии врач в той или иной мере привносит в лечебный процесс своеобразие своей личности, собственной системы ценностей и жизненного опыта, не говоря уже о теоретических предпочтениях и соответствующем выборе лечебных технологий. Считается, что для пациента сама личность врача является лекарством. При этом врач должен подходить конкретному пациенту, устраивать его во всех отношениях, отвечать его ожиданиям. Для пациента могут оказаться значимыми пол врача, его возраст, внешность, манера общения и многие другие психофизиологические особенности. Следует учесть, что стиль общения терапевта, его отношение к пациенту диктуются теоретической доктриной, которой придерживается терапевт. Независимо от теоретических позиций, мастерство и успешность психотерапевта зависят от степени зрелости его личности, жизненной мудрости, умения быть самим собой и творческого подхода к каждому новому пациенту. Стратегической задачей каждого психотерапевта является подбор методов и техник, соответствующих его личностным особенностям и мировоззрению. Об этом писал Б. Д. Карвасарский, об этом же пишут современные зарубежные авторы. Например, американский психотерапевт Ч. Крамер (2003) утверждает: «Я не против изучения теорий и техник.

Учитесь. Просто помните, что ценность имеет то, что соответствует тебе самому. Увлекшись преданностью методу и модой на то, что говорят и делают другие, вы начинаете пренебрегать необходимым вниманием к развитию собственного пути. Метод создает иллюзию уверенности, которая, возможно, необходима для начинающих. Но чем скорее вы покинете эту тесную клетку, тем скорее вы создадите свой собственный, неповторимый путь — в каждом интервью, с каждым человеком, с каждой семьей».

Психотерапевт любой теоретической ориентации, подобно хорошему актеру, должен отдавать себе отчет в том, что в каждую минуту происходит между ним и пациентом (зрителем), исполняя роль собственного супервизора. Возможность взглянуть на ситуацию со стороны иногда называют «эффектом геликоптера». При этом важно соблюдать разумное равновесие между творческой спонтанностью и осознанным самоконтролем. Предпочтение следует отдавать тем действиям, которые представляются полезными для пациента, а не тем, которые диктуются теоретической доктриной.

Иногда используется термин «послание психотерапевта». Один из ведущих отечественных психотерапевтов, профессор В. В. Макаров, определяет психотерапевтическое послание как скрытую информацию, которая передается от терапевта пациенту средствами невербальной коммуникации (тоном голоса, мимикой, жестами, позой, вегетативными реакциями и др.). По своему содержанию оно является эмоционально-мотивационным. Есть основания полагать, что это послание представляет собой ответ на невербальное послание пациента, адресованное врачу. Терапевтическое послание может иметь сложную структуру, поскольку человек часто вызывает у собеседника неоднозначные чувства. Однако в конечном счете послание терапевта чаще бывает позитивным.

Важной обязанностью психотерапевта является оценка эффективности проводимой терапии. Считается общепризнанным, что объективная оценка эффективности достигается только с использованием стандартизированных психодиагностических методик (тестов) в ходе экспериментов, спланированных с соблюдением всех необходимых требований (репрезентативность выборок, адекватный контроль и др.). Один из первых исследователей эффективности психотерапии, известный английский психолог Г. Айзенк, в 1961 г. пришел к выводу, что психотерапия не дает лечебного эффекта. В дальнейшем этот вывод подвергся обоснованной критике. В последние годы исследователи начали оценивать эффективность различных видов психотерапии с помощью статистического метода под названием мета-анализ. Он позволяет сравнивать и обобщать результаты исследований различных авторов, проведенных в разных местах и в разное время. С точки

зрения доказательной медицины, каждый новый вид психотерапии должен подвергаться научному экспериментальному исследованию эффективности. К сожалению, в психотерапии пока не существует общепризнанной процедуры проверки инноваций, наподобие GCP (Good Clinical Practice), принятой в фармакотерапии. В текущей практической работе психотерапевт оценивает эффективность своих действий, как правило, субъективно. При этом разные направления и школы психотерапии придерживаются собственных критериев эффективности, что ограничивает возможности их сравнений. К настоящему времени большинство исследователей приходят к выводу, что эффективность всех видов психотерапии примерно одинакова. Образно эта ситуация описывается как «вердикт Додо» — персонажа сказки Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес». Додо утверждал: «Каждый победил, и все должны получить призы».

Настоящий психотерапевт действует с полной отдачей, вкладывает в работу всю свою душу. Это способствует успеху, но это же может привести и к эмоциональному «выгоранию». Эмоциональное выгорание является разновидностью профессиональной деформации, которая встречается в ряде стрессогенных профессий. «Выгорание» — это психологический феномен, а не профессиональное заболевание. Оно является ответной реакцией на чрезмерные и продолжительные стрессы профессионального общения. «Выгорание» проявляется эмоциональным и физическим истощением, снижением уровня продуктивности и удовлетворенности трудом. Появляются равнодушие к пациентам и субъективно ощущаемое снижение значимости собственного труда. Наиболее частыми причинами «выгорания» являются завышенные ожидания специалиста по отношению к своей работе, обостренное желание успеха и болезненное переживание неудач, а также нереалистичность поставленных специалистом перед собой целей, превышающих уровень его способностей. К этому можно добавить недостаточный уровень самосознания и психической саморегуляции. В итоге можно заключить, что квалифицированному психотерапевту, достигшему высокого уровня профессионального мастерства, эмоциональное выгорание не грозит.

Одним из условий успешной работы психотерапевта считается так называемая аутотерапия — курс терапии, который будущий терапевт проходит в качестве пациента на заключительной фазе обучения. Возможно, правильнее называть ее личной терапией. Первоначально этот элемент обучения был введен в психоанализе, а затем получил признание и в других направлениях психотерапии. В развитых западных странах будущий психотерапевт в обязательном порядке проходит персональный психотерапевтический тренинг, испытывая избранный им лечебный метод на себе. Конечной целью такой работы считается

познание «границ собственной личности». Обучаемый знакомится с чувствами, мыслями и переживаниями, которые испытывает пациент, что в последующем облегчит терапевтический контакт. Будущий терапевт максимально прорабатывает собственные проблемы и личностные дисгармонии, чтобы избегнуть их привнесения в работу с пациентами. Он получает прекрасную возможность проверить «валидность и надежность» психотерапевтической теории или концепции, в рамках которой он собирается действовать в будущем. Психотерапевты, прошедшие личную терапию, в 90 % случаев сообщали о значительных улучшениях личностного и профессионального характера (Ялом И., 2000). В отечественной системе подготовки врачей-психотерапевтов необходимость в аутотерапии осознана не до конца.

Переходной стадией от обучения к самостоятельной деятельности является работа под супервизией. Терапевт-супервизор, исполняя роль индивидуального наставника, работает вместе с обучаемым, вмешиваясь в его деятельность в заранее предусмотренных случаях. Супервизор определяет длительность этой фазы подготовки и, в конечном счете, принимает решение о допуске кандидата к самостоятельной работе. Функция супервизора считается почетной, такие специалисты пользуются признанием и авторитетом. Чтобы попасть в эту категорию, требуется высокий уровень профессионального мастерства, большой и разнообразный опыт, педагогические способности. Играет роль и возрастной критерий. Большинство западных специалистов продолжают пользоваться услугами супервизора на протяжении всей последующей практики. Это способствует профессиональному росту и позволяет избежать влияния текущих психологических проблем психотерапевта на его работу с пациентами. Однако супервизия пока не стала обязательным компонентом в отечественных государственных программах подготовки врачей-психотерапевтов.

В заключение рассмотрим понятие котерапии. В большинстве традиционных методических подходов психотерапевт работал с пациентом (группой, семьей) в одиночку. Однако после работ У. Халса по групповой (1950-е гг.) и К. Витакера по семейной (1975) терапии институт котерапевта занял в психотерапии подобающее ему место. Котерапевт — это второй психотерапевт, работающий на пару с первым. Распределение ролей между ними может быть различным, однако оба они полностью вовлечены в терапевтический процесс и являются представителями одной теоретической школы. Можно признать, что формат котерапии обладает особыми преимуществами для начинающего психотерапевта. Котерапевт может оказаться полезным не только в групповой и семейной, но и индивидуальной психотерапии. Парная работа с пациентом или группой типична для нейролингвистического программирования. В некоторых видах индивидуальной

психотерапии пациент попадает в общество трех и более котерапевтов, которые представляют собой профессиональную «команду» («бригаду»). Выделяют три основные функции котерапевта: интенсифицирующую, дополняющую и супервизорскую. В отечественной практике используется дополняющая функция котерапевта в некоторых видах групповой психотерапии. Недостаточная психологическая совместимость котерапевтов либо различия в их теоретической ориентации могут свести на нет все преимущества совместной работы. Поддержанию уровня квалификации психотерапевтов, независимо от их теоретической ориентации, способствует систематическое участие в балинтовских группах. Предметом анализа в таких группах профессионалов являются случаи из практики ее членов. В ходе дискуссий, наряду с обменом опытом, достигается также разрядка остаточных явлений профессионального стресса.

Глава 2
СТАНОВЛЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ И ФОРМ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия — вид лечения больных, имеющий целью изменить ход мыслительного процесса и поведенческие реакции человека путем опосредованного воздействия на психику в ходе общения больного с врачом или другими лицами (пациентами, родственниками, партнерами и т. д.). Наряду с этим, распространенным определением психотерапии в отечественной литературе является следующее: психотерапия — система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (Карвасарский Б. Д.). В настоящее время принято различать:

1. Общую психотерапию, которая включает в себя, например, социотерапию, лечение средой, трудотерапию. Под общей психотерапией понимают весь комплекс неспецифических психических факторов, воздействующих на пациента для повышения его психической адаптации и дополняющих основное лечение. При этом особое внимание отводится созданию условий, исключающих психическую травматизацию. Например, во Франции в клинике детских болезней в палатах для детей с ограниченной подвижностью потолки были разрисованы персонажами комиксов и мультфильмов. Учет детской способности к творческому фантазированию с проигрыванием воображаемых ситуаций позволил (хотя бы отчасти) удовлетворить потребность в ак-

тивности, а также снизить негативные проявления сенсорной и двигательной депривации. Активизация внутренней активности привела к улучшению неспецифического иммунитета и соматических восстановительных процессов и, как следствие, к статистически достоверному сокращению койко-дней.

2. Частную психотерапию, под которой понимают применение специфических психотерапевтических методов (психотехник) как основных в лечении больного или существенно влияющих на него. Например, применение когнитивно-поведенческого подхода (нейролингвистическое программирование, рационально-эмотивная терапия), психоанализ в лечении больных неврозами или наркозависимых; применение методик релаксации и саморегуляции в комплексном лечении больных язвенной болезнью и т. д.

Классификация методов психотерапии

Многообразие психотерапевтических форм и методов базируется на трех основных теоретических направлениях — психодинамическом, поведенческом (когнитивно-поведенческом) и гуманистическом (экзистенциально-гуманистическом, феноменологическом). Перед тем как перейти к описанию основных из них, необходимо отметить составляющие, являющиеся общими для всех этих направлений (J. Frank, 1978):

1. Пациент (больной) — человек, обнаруживающий объективные признаки психического (психосоматического) расстройства.

2. Психотерапевт — врач, благодаря своему специфическому обучению и опыту воспринимающийся как способный оказать помощь конкретному больному (или их группе).

3. Теория личности, созданная основателем определенного направления и закрепленная его последователями, которая через определенный набор положений позволяет описывать функционирование психики и предсказывать протекание, направленность определенных психических процессов у отдельного человека или группы людей в норме; а также возникновение, фиксацию и развитие нарушений этих процессов при формировании патологии.

Перечисленные положения непосредственно вытекают из определенных философских, мировоззренческих и жизненных представлений автора предлагаемой теории и в той или иной степени несут отпечаток его личности. Кроме того, для многих из них характерна претензия на некую онтологическую универсальность. Логичным следствием является создание достаточно мощных институтов в виде обществ, объединений, журналов, формирующих «правильное» ми-

ровоззрение учеников, а также сертифицирующих их право официально являться представителями этого направления и вести от этого имени свою практику.

В настоящее время можно отметить определенную «эволюцию» и трансформацию теоретических подходов к личности в психотерапии. В начале развития научно обоснованной психотерапии имелась отчетливая тенденция к созданию «уникальной», с претензией на онтологическую универсальность (т. е. «единственно правильную») теории личности. Ярким примером является психоанализ Зигмунда Фрейда. В настоящее время отчетливо преобладает тенденция к созданию неких «моделей» функционирования психики с пониманием их ограниченности и относительности. Например, современным подходом, взявшим на себя смелость возвести это в ранг собственной идеологии, является нейро-лингвистическое программирование. Не менее важным представляется и то, что попытка обойтись вообще без теории личности (ранний вариант поведенческой психотерапии) оказалась исторически бесперспективной.

4. Набор методик (процедур) для решения проблем пациента, непосредственно вытекающих из теории.

При этом следует обратить внимание на очевидное изменение в соотношении «теория личности — набор методик» за время существования психотерапии как таковой. Для школ, сформировавшихся в начале развития психотерапии, была характерна предельно жесткая детерминация методик базисной теорией личности. Отклонение от «прописанных» практических методик, мягко говоря, встречало сильное неодобрение. Например, известный французский психотерапевт-психоаналитик Л. Шерток длительное время не мог стать полноправным членом психоаналитической организации, так как активно использовал в своей практике гипноз, ранее раскритикованный основателем психоанализа Зигмундом Фрейдом. В настоящее время преобладает иное отношение. Практически все известные когнитивно-поведенческие и экзистенциально-гуманистические подходы не только одобряют применение широкого спектра различных психотехник, но и открыто декларируют творческий подход психотерапевта (т. е. создание новых методик в каждом конкретном случае). Даже в наиболее «консервативном» психоаналитическом подходе можно отметить подобные тенденции, например, в виде появления «гипноанализа» или включения в классический подход методик других направлений (психосинтез, нейро-лингвистическое программирование, голотропное дыхание и т. п.).

5. Специфическое социальное отношение между психотерапевтом и пациентом, которое направлено на создание особой «психотерапевтической» атмосферы, создающей благоприятную почву для

оказания помощи больному во многом за счет формирования у него оптимизма по поводу возможности разрешения его проблем и возможности иного, более позитивного мировоззрения, миросуществования и сосуществования с другими людьми. С точки зрения некоторых из подходов (например, клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса) создание этих отношений считается основным лечебным фактором.

В табл. 1 приведены основные психотерапевтические направления, их особенности и уровень воздействия.

Таблица 1

Основные направления психотерапии, их особенности и уровень воздействия

Направления	Особенности и уровень воздействия
Динамическая (психодинамическая, аналитическая) психотерапия	Осознание и достижение понимания причинно-следственной связи между заболеванием и системой отношений больного на основе выявления этиопатогенетических механизмов и внутренних конфликтов с целью изменения отношений, повышения самооценки и улучшения социальной адаптации. Психодинамическая терапия является каузальной терапией, направленной на причину болезненного состояния, в большинстве случаев невротического конфликта. Его разрешение знаменует собой воссоединение бессознательной части психики с сознательными процессами
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Направленное формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения и когнитивное реструктурирование психики больного с использованием разъяснения механизмов развития болезни, а также когнитивно-поведенческих тренингов с использованием положительного подкрепления. Интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. С точки зрения когнитивной терапии основным при психогенных расстройствах является неадаптивное мышление. Личность формируется когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (концепции о себе, окружающих и т. п.)

Направления	Особенности и уровень воздействия
Экзистенциально-гуманистическая психотерапия	Экзистенциально-гуманистический подход сосредоточивается на специфических психических качествах, характерных именно для человека. Сюда относятся: сознание, самосознание, креативность, потребность в самоактуализации, осознавание собственной целостности и уникальности, личностных ценностей и жизненного смысла, способность принимать решения и ответственность за них. В основе экзистенциальной психотерапии лежат феноменологическая и экзистенциальная философия и психология. Центральное понятие учения — экзистенция (*existential* — существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь

Интересной, в первую очередь для дидактических целей, является классификация, выделяющая различные ориентации психотерапевтов во взгляде на главные факторы формирования патологии и, как следствие, характер взаимодействия между больным и психотерапевтом.

Нозоцентрическая ориентация — подход к лечению болезни как таковой, без учета личности пациента, социальной среды и т. д. Как следствие — авторитарность психотерапевта. Расцвет подобного подхода наблюдался с конца XIX в. до 20-х гг. XX в. На этот период приходится интенсивное развитие классического, директивного гипноза и других суггестивных методов. Психотерапевт — учитель, пациент — «объект для приказов».

Антропоцентрическая ориентация — акцент на изучении структуры личности, ее истории развития и особенностей. Развивается с 20-х гг. XX в. В этот период происходило развитие психоанализа, психодиагностики, методов аутогенной тренировки (J. Shultz), прогрессивной мышечной релаксации (E. Jacobson), методик самовнушения.

Социоцентрическая ориентация — акцент на социальных условиях, социальных связях личности и т. д. При этом подразумевается, что личность во многом определяется и формируется социумом. Следствием этого является необходимость «научить» личность адаптироваться через внешнее (социальное или поведенческое) воздействие. К данному направлению относятся: теория Курта — Левина; поведенческая психотерапия (бихевиоризм); различные теоретические и практические методики научения и т. п.

Следует подчеркнуть, что различные направления и ориентации не противоречат, а дополняют друг друга. Выбор психотерапевтического

воздействия зависит, с одной стороны, от личности психотерапевта, с другой, — от особенностей личности пациента и имеющихся у него нарушений.

Перед тем как перейти к описанию трех основных направлений психотерапии, необходимо остановиться на основных механизмах (факторах) лечебного воздействия.

Основные механизмы психотерапевтического воздействия

Терапевтические изменения в ходе психотерапии происходят в результате взаимодействия между членами группы и терапевтом, а также вследствие актуализации ранних переживаний, конфронтации, освоения новых ролей, и являются сложным, многогранным процессом. При этом существует ряд фундаментальных факторов, обеспечивающих эффективность индивидуальной и групповой психотерапии, в независимости от ее теоретической ориентации. Ниже приводится перечень основных факторов лечебного воздействия на основе классификации известного психотерапевта экзистенциального направления I. Yalom (1970), а также S. Kratochvil (1978):

1. **Универсальность**. Пациент начинает понимать, что он не уникален и не одинок в своих проблемах, т. е. его проблемы схожи с проблемами других людей, и это облегчает принятие помощи от других при групповой психотерапии и/или создает «кредит доверия» к психотерапевту (как при индивидуальной, так и групповой психотерапии).

2. **Принятие (сплоченность, эмоциональная поддержка)**. Создается за счет принятия пациента психотерапевтом и/или психотерапевтической группой. Принятие пациента, эмпатия и конгруэнтность к нему составляют широко известную триаду известного психотерапевта К. Роджерса.

3. **Внушение надежды** — пациент узнает от других больных (при групповой психотерапии) или от психотерапевта в виде примеров (при индивидуальной психотерапии) об улучшении состояния других больных, что внушает ему надежду о возможности желаемых изменений.

4. **Альтруизм**. Этот механизм характерен для групповой психотерапии. Возникающие у пациента в процессе терапии осознание и ощущение того, что он способен помогать другим, оказывать им поддержку, помогают преодолеть ему болезненную направленность на себя с формированием более адекватной самооценки и чувства уверенности.

5. **Предоставление информации (обучение наблюдением)**. В наиболее полной форме представлено в групповой психотерапии. Члены группы делятся своим опытом в процессе преодоления тех или иных

трудностей. Опыт другого человека, имеющего схожие проблемы, оказывает неоценимую помощь как «новичкам», так и любому члену группы. Здесь имеется в виду получение сведений, которые пациент приобретает на основе наблюдения за поведением других (в том числе и психотерапевта). Также в группе или индивидуально терапевтом осуществляется дидактическое обучение, которое касается психического здоровья, специфики заболевания, функционирования психики, значения симптомов и т. д.

6. **Катарсис (отреагирование)**. Сильное проявление аффектов, в том числе вскрытие подавленных потребностей и чувств, ведет к очищающей, облегчающей эмоциональной разрядке и большей свободе и, соответственно, способности к осознанию пациентом своих проблем.

7. **Самораскрытие (самоэксплорация)**. В процессе психотерапии пациент раскрывает самого себя за счет естественной стимуляции откровенности и проявления скрытых переживаний, мыслей в условиях психотерапевтической атмосферы.

8. **Обратная связь (конфронтация)**. Характеризуется тем, что пациенту становится известно от других, как они воспринимают его поведение и как оно на них воздействует. Иначе: обратная связь есть выражение того, как один человек реагирует на другого (может быть, в том числе и невербальной). Понятие «конфронтация» применяют обычно для отрицательной обратной связи.

9. **Осознание (инсайт)**. Означает понимание пациентом ранее неосознаваемых связей между особенностями своей личности и неадаптивными формами поведения, а также когнитивного и эмоционального реагирования. S. Kratochvil выделяет три уровня инсайта:

а) осознание связей между эмоциональными расстройствами и внутриличностными конфликтами; является наиболее элементарной формой осознания, не имеет самостоятельного психотерапевтического значения и является предпосылкой для дальнейшей эффективной терапии;
б) осознание собственного вклада в возникновение конфликтной ситуации («интерперсональное осознание»); от него можно переходить к научению новым формам поведения;
в) осознание глубинных причин настоящих отношений, состояний и т. п., коренящихся в прошлом («генетическое осознание»).

Представители экзистенциально-гуманистического и когнитивно-поведенческого направлений считают основным интерперсональный инсайт. Представители психоанализа — генетический.

10. **Коррективный эмоциональный опыт**. Интенсивное переживание актуальных отношений и ситуаций, благодаря чему происходит коррекция неправильного обобщения, сделанного на основе прошлых психотравмирующих переживаний. Пациент в условиях психотера-

певтической ситуации повторно переживает актуальный для него эмоциональный конфликт, причем реакция на его поведение резко отличается от ожидаемой / провоцируемой им.

11. **Проверка нового поведения («проверка реальности») и обучение новым способам поведения**. В процессе психотерапии постепенно происходит отказ от старых неадаптивных способов поведения с приобретением новых более адаптивных и социально приемлемых. Отказ или закрепление новых вариантов поведения происходит за счет обратной связи в условиях психотерапевтической атмосферы («триада Роджерса»). С этой целью могут применяться различные тренинги умений. Большую роль в этом процессе играет моделирование или имитация поведения других членов группы и/или психотерапевта.

12. **Экзистенциальные факторы**. Принятие ответственности за свою жизнь и поведение, осознание способности к самостоятельному выбору, а также потребности в самоактуализации посредством осознавания собственной целостности и уникальности, личностных ценностей и жизненного смысла.

R. Corsini (1989) выделил три сферы факторов психотерапевтического воздействия:

а) когнитивная («универсальность», «осознание», «моделирование»);
б) эмоциональная («акцептация», «альтруизм», «перенос»);
в) поведенческая («проверка реальности», «эмоциональное отреагирование», «интеракция»).

Различные психотерапевтические подходы отдают предпочтение разным наборам лечебных факторов.

Психодинамическое направление

Для психодинамического направления основополагающим является то, что мысли, чувства и поведение детерминированы бессознательными психическими процессами. Также общим является тот факт, что психодинамическая терапия является каузальной терапией, направленной на причину болезненного состояния, в большинстве случаев невротического конфликта. Его разрешение знаменует собой воссоединение бессознательной части психики с сознательными процессами (Гринсон Р., 1994).

Для иллюстрации этих принципов необходимо обратиться к основным положениям теории основателя психоанализа З. Фрейда. С его точки зрения личность состоит из трех компонентов:

1. Оно (Ид) — вместилище инстинктов, т. е. бессознательной энергии (либидо). Включает базальные инстинкты, влечения и импульсы,

присущие человеку от рождения. Ид игнорирует реальность, в том числе социальные нормы, и следует так называемому «принципу удовольствия».

2. Я («Эго») — продукт развития, формируется из Ид, во многом осознаваем — соблюдает принцип реальности и направлено на самосохранение. Ищет компромиссы между требованиями Ид и требованиями реальности, в том числе социальных норм. При удовлетворении потребностей старается защитить человека, а точнее сохранить его самооценку («Я-концепция») с помощью различных психологических защит.

3. Суперэго (Сверх Я). Продукт социализации — интернализация родительских и социальных ценностей. Действует на основе морального принципа. Его нарушения — к чувству вины.

Из конфликтов между этими тремя структурами возникают интрапсихические или психодинамические конфликты. «Эго» становится вынужденным образовывать защитные механизмы против чувств тревоги («прорыв» импульсов Ид) и вины (воздействие Суперэго).

Каждый человек имеет достаточно жесткую, выработанную в результате жизненного опыта (взаимодействия с окружающими и т. д.), свойственную ему систему психологических защит, помогающих сохранить его самооценку. Самооценка — устойчивая структура представления о себе. Она уравновешена, и организм старается это равновесие поддерживать. Все, что вызывает ее нарушения — включает механизмы психологической защиты. Задача — избавить организм от этих «раздражающих» психических факторов (не заметить, обесценить, рационализировать и т. д.), то есть лишить эти факторы способности воздействовать на самооценку. Нарушение этого гомеостаза вызывает тревогу, напряжение, неуверенность (кстати, по мнению многих исследователей, умение переносить какое-то количество напряжения, нестабильности — свойство зрелой, полноценной личности, способной к дальнейшему развитию), активизирующих механизмы психологической защиты. Например, к механизмам психологической защиты относятся:

1) **регрессия** — возврат к более примитивному поведению;

2) **фантазирование** (уход из реальности в фантазии), преобладают темы:

а) власть — деньги, возможность командовать;

б) любовь — секс;

в) слава — известность, первенство.

3) **реакции ухода или бегства**;

4) **конверсия** (перевод интрапсихического конфликта в психосоматическое расстройство);

5) **идентификация** — подражание в поведении возрастной группе, социальной подкультуре. Индивид видит и ведет себя так, как считает, что будет безопасно для него в данной группе;

6) **подавление и вытеснение** (обычно патологические реакции) — вытеснение психотравмирующего переживания в бессознательное;

7) **интеллектуализация** — отделение аффективного компонента переживаний от содержательной части;

8) **рационализация** — псевдообъяснение, в результате которого заменяется реальная причина;

9) **реакция формации** — формирование у человека противоположных истинным чувств, тенденций и т. д.;

10) **проекция** — приписывание другому своих негативных чувств, эмоций, черт личности;

11) **интроекция** — «куски» чужого мировоззрения вводятся в свое, без особой обработки;

12) **аскетизм** — близок к механизму формации:

а) у подростков обеспечивает невозможность фрустрироваться, «поскользнуться»;

б) полное подавление каких-то влечений (чаще сексуальных), так как при их малейшем проявлении — подсознательный страх (или понимание) не справиться — удар по самооценке;

13) **отрицание** — поведение, когда раздражающая обстановка отрицается (обычно факт поведения признается, а отрицается его направленность на себя); отражает стремление избежать новой информации извне, мало совместимой с имеющимися представлениями, в частности о себе;

14) **всемогущество** — преувеличенная уверенность в своих силах, возможностях;

15) **идеализация** — касается не самого человека, а кого-то из близких (родители, знакомые, начальство), т. е. выдвигается фигура, которая защищает или придает ощущение собственной значимости; этот механизм может быть и с отрицательным знаком;

16) **девальвация** — снижение ценности недостигаемого, утерянного объекта;

17) **«бегство в болезнь»**;

18) **сублимация** — направленность энергии на социально приемлемую работу.

Некоторые исследователи выделяют механизмы совладания, отчасти противопоставляя их механизмам психологической защиты. Для первых характерны более осознанный адаптивный характер с большим учетом конкретной ситуации, в которой они разворачиваются, а также активный характер, связанный с изменением себя или/и окружения. Механизмы психологической защиты — более бессознатель-

ны, стереотипны, пассивны. Стремятся к сохранению «status quo», могут блокировать развитие личности. Это — принципиальные механизмы возможного невроза.

Критериями этих механизмов являются:

1. Патологические защитные механизмы не приспособлены к требованиям ситуации, они ригидны — всегда и в любой ситуации один и тот же защитный механизм, тогда как механизмы совладания всегда пластичны и соответствуют ситуации.

2. Защитные патологические механизмы направлены на как можно быстрое уменьшение напряжения и любым путем.

При механизмах совладания человек может достаточно осознанно некоторое время испытывать напряжение для достижения отдаленных, как правило, социально-ориентированных целей.

3. Патологические защитные механизмы действуют по принципу «здесь и теперь». Обычно это однократное действие, без расчета на действие в будущем, тогда как механизмы совладания — на перспективу.

4. Патологические механизмы приводят обязательно к искажению (непониманию) себя и/или окружающей действительности.

Механизмы совладания позволяют объективно относиться к себе и окружающей действительности.

Таким образом, психодинамический подход ставит на первое место интрапсихические конфликты, являющиеся результатом динамической и обычно бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности. При этом необходимо:

а) добиться осознания интрапсихического (психодинамического) конфликта;
б) проработать конфликт, т. е. дать возможность понять пациенту, как он влияет на его актуальные поведение и отношения, а через это — и способность к позитивным изменениям.

В настоящее время существует значительное количество разновидностей психодинамической психотерапии: индивидуальная психология (А. Адлер), эго-психология (А. Фрейд), неофрейдизм (К. Хорни, Э. Фромм), психология объектных отношений (М. Клейн).

В целом, можно говорить, что психоаналитическая терапия претерпела значительную эволюцию за счет наделения «Эго» творческой силой (развитие языка, восприятие, обучение и т. п.), большего учета социальных факторов в формировании личности и наличия у нее социальных потребностей (защищенность, безопасность, принятие). Вслед за А. Александровым можно согласиться, что широко распространенная у нас в стране личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на психологии отношений В. Мясищева, также является разновидностью психодинамической терапии. Главной целью является реконструкция системы отношений,

нарушенной в процессе индивидуального развития, прежде всего — за счет искаженных межличностных отношений в родительской семье. Осознание конфликта — одна из самых важных задач личностно-ориентированной психотерапии.

Когнитивно-поведенческое направление

В настоящее время поведенческая психотерапия в чистом виде практически не встречается. Сформировавшаяся как систематический подход в конце 1950-х гг., поведенческая терапия базировалась на концепции бихевиоризма как приложение «теории научения» к медицине. Психическая деятельность должна исследоваться лишь путем регистрации внешнего поведения и установлением соотношения между стимулами и реакциями организма без учета личности (стимул — «черный ящик» — реакция). В крайнем случае допускалось введение «промежуточных переменных», отражающих влияния среды, потребностей и т. п. Психические расстройства — следствие выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Практика показала, что игнорирование личности, ее внутренней активности, сформировавшейся системы ценностей и т. п. при абсолютизации роли условного рефлекса делает проводимую психотерапию малоэффективной.

Преодолению указанного недостатка поведенческой терапии способствовало развитие когнитивной психотерапии и их взаимная интеграция. С точки зрения когнитивной терапии основным при психогенных расстройствах является неадаптивное мышление. Личность формируется когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (концепции о себе, окружающих и т. п.). Часто неосознаваемы. Благодаря таким убеждениям люди избирательно воспринимают и оценивают происходящее. В случае неадаптивных «схем» это может приводить к неправильной интерпретации и последующей дизадаптации, которая по принципу патологической обратной связи будет усиливать первичное убеждение. Таким образом, проблемы пациента находятся в настоящем, в настоящих способах мышления, а не в прошлом. Необходимо выяснение неосознаваемых, деструктивных, ригидных категорий мышления с дальнейшим обучением пациента новым способам мышления.

Для когнитивно-поведенческого подхода характерно:

1) проблемы пациента коренятся в неких искажениях реальности, основанных на ошибочных предпосылках и убеждениях;

2) эти базовые убеждения активно оказывают воздействие на восприятие, обуславливают особенности эмоционального реагирования и формируют различные стратегии поведения;

3) подобные убеждения возникли в результате неправильного научения в процессе когнитивного развития личности;

4) акцент на настоящем актуальном поведении и на том, что и как думает человек о себе и об окружающих в настоящем; изучение причин расстройства и прошлого носит подчиненный характер;

5) терапия как процесс научения новым, адаптивным способам мышления, а, следовательно, восприятия и поведения;

6) активное применение домашних заданий с целью освоения и укрепления новых навыков за пределами терапевтической среды;

7) отношение к теориям личности как своеобразным «моделям», имеющим скорее прагматическую ценность;

8) изменение базовых убеждений осуществляется на основе структурированной деятельности, что позволяет на основе обратной связи изменять когнитивную структуру;

9) признание того, что знания о себе и о мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Например, у больного невротической депрессией события ассимилируются в негативистическую абсолютистскую когнитивную структуру:

1) с негативным взглядом на настоящее за счет селективного выделения и усиления отрицательной информации из окружающего (или придавая ей такое значение);

2) безнадежность в отношении будущего;

3) сниженное чувство собственного достоинства (оценка себя как несостоятельного, недостойного, беспомощного).

Одним из наиболее известных методов в рамках когнитивно-поведенческого направления является нейролингвистическое программирование, основанное в середине 1970-х гг. Джоном Гриндлером и Ричардом Бэндлером. Для него характерны:

1. Позитивный подход. Подразумевает акцент на положительных, позитивных сторонах личности. Ориентация не на проблему, а на желаемую цель («что бы ты хотел получить/чего достигнуть, избавившись от симптома?»). Активное использование приема «ротации» — превращение симптома из проблемы в положительную мотивацию. Например, во многих случаях рассмотрение невроза или психосоматического процесса не как «заболевания», а как неправильного обучения позволяет осознать активность самого пациента в создании своего болезненного состояния, а следовательно, и возможность под руководством терапевта «перепрограммирования» дезадаптивных когнитивных схем.

2. НЛП преимущественно занимается не ответом на вопросы «почему?» и «откуда?», а «как, каким образом?». То есть основной акцент делается на процесс, структуру, а не содержание проблемы. Напри-

мер, как человек умудряется вызвать и стойко поддерживать у себя определенную фобию или депрессию. «Мы совершенно не принимаем во внимание феномен работы с проблемами, т.к. если меняется структура, то меняется все. А проблемы суть функции структуры». (Д. Гриндлер, Р. Бэндлер).

3. Отсутствие опоры на определенную теорию личности. Это позитивистский подход — любая теория личности является условной моделью и служит, в первую очередь, прагматическим целям достижения результата.

4. НЛП занимается не «постижением реальности как таковой», а созданием эффективных моделей, позволяющих максимально быстро достигать необходимых изменений. Модель должна быть не истинной, а полезной. В НЛП большое значение имеет моделирование, эксперимент и проверка в противовес построению теорий и гипотез.

Чем теория отличается от модели? Теория занимается объяснением того, почему система работает. Модель же шаг за шагом описывает то, как модель работает.

5. Опора на личность психотерапевта, его пластичность. Подразумевает способность творчески подходить к каждому конкретному случаю с учетом уникальности каждого пациента. Ясное понимание цели терапии и, при необходимости, применения самого широкого набора методик (в том числе и только что придуманных).

6. Глубокое уважение к личности пациента, признание его уникальности и неповторимости, признание «права на существование» его модели мира, себя. В любой психотерапии, делающей акцент на содержании, нет способа не вводить свои личные убеждения и ценности. Кроме того, обязательно будет присутствовать тенденция к «подгонке» пациента и психотерапевтической ситуации под определенные общие представления и теории. Работа над процессом, свободным от содержания вербализации, гарантирует пациентам уважение к их «целостности».

7. Генеративный подход. Вместо того чтобы фиксировать неправильное, можно подумать о том, как сделать свою жизнь эффективнее и разнообразнее. То есть акцент на предоставлении пациенту возможно большего количества личностно и социально приемлемых адаптивных способов поведения в ранее конфликтной ситуации.

Таким образом, целями когнитивно-поведенческой терапии являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоциональное реагирование.

В настоящее время когнитивно-поведенческое направление является наиболее интенсивно развивающимся, значительно потеснившим психоанализ. Также складывается впечатление о все более отчетливой его интеграции с гуманистическим направлени-

ем. Кроме нейролингвистического программирования к нему относятся: социально-психологический тренинг («тренинг умений»), рационально-эмотивная терапия, различные варианты семейной терапии, методики саморегуляции и т. д.

Гуманистическое направление

Данное направление изначально формировалось как закономерная реакция на психодинамические и поведенческие виды психотерапии. В последних человек представал либо как объект неких бессознательных, во многом безличностных сил; либо как «продукт» научения, сформировавшийся за счет воздействия условных реакций (по сути, человек в этом «варианте» мало чем отличается от «рефлекторных подходов» И. П. Павлова). В таких случаях терялся собственно **человек.**

Каждый человек уникален. Он обладает способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. Психическое переживание окружающего называется **феноменом**, а изучение того, как человек переживает реальность — **феноменологией**.

Сознание — не эпифеномен. Люди способны сами себя контролировать, их поведение детерминируется способностью делать свой выбор на основе личного восприятия реальности каждый момент. Следовательно, нельзя понять другого человека, не попытавшись взглянуть на мир его глазами. Любое поведение, даже кажущееся очень странным, имеет смысл для того, кто его проявляет.

У каждого человека есть врожденная потребность в реализации заложенного в нем потенциала. Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в личностном росте (самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознавания чувств.

Для гуманистической психотерапии как направления характерны несколько принципов:

1. Лечение есть встреча равных людей. Оно должно помочь пациенту восстановить свой внутренний естественный рост, а также вести и чувствовать себя в соответствии с тем, каков он на самом деле, а не тем, каким он должен быть по мнению других.

2. Улучшение наступает преимущественно за счет правильно созданных психотерапевтических условий. Это происходит за счет повышения осознанности, самопринятия и выражения своих чувств (особенно тех, которые подавлялись и блокировали личностный рост). Важен «феноменологический инсайт» — осознание текущих чувств, восприятий и мыслей.

3. Необходимо установление отношений, обеспечивающих пациентам чувство безусловного принятия и поддержки. Терапевтические изменения — за счет переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего поведения.

Наиболее известными формами экзистенциально-гуманистического направления являются: «клиент-центрированная терапия» К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза, ноо-терапия В. Франкла, экзистенциальная психотерапия И. Ялома.

Глава 3
ЛИНГВОРИТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Вопросы лингвистики и риторики всегда привлекали философов, социологов, информологов, физиологов, психологов, врачей. Среди последних, разумеется, наиболее заинтересованными являются психиатры и, главным образом, психотерапевты.

Интерес к языку, его природе и возможностям восходит из глубины веков. Если отслеживать историю человечества *ab ovo*, то можно напомнить, что «Человек умелый (*Homo habilis*)» появился приблизительно 2 млн лет назад. За ним следуют «Человек прямоходящий (*Homo erectus*)», «Человек мыслящий (*Homo sapiens*)» и, наконец, «Человек говорящий (*Homo loquens*)», имеющий возраст около 30 тыс. лет. Уже с античных времен обозначился спор о языке, который окончательно не разрешен до сих пор. Сократ и Демокрит считали, что он создан по установлению (*thesei*), а Гераклит — по природе (*physei*). Платон и его ученик Аристотель, считающийся, кстати, основоположником риторики, пытались как-то примирить их мнения, опираясь на оба постулата. При этом везде подразумевался Создатель, отсюда провозглашалась божественная мудрость языка. Известна библейская легенда о Вавилонской башне, которую люди не достроили в результате смешения языков и столпотворения, что свидетельствует якобы о «Божьем промысле». В результате население Земного шара говорит сейчас на 5650 языках, из которых только 500 системно исследованы. Между тем выдающийся швейцарский лингвист Фердинанд де Сосюр не находил в языке разумного логического порядка и считал его «плохо устроенным складом». Близкое мнение высказывали его не менее маститые немецкие современники Вильгельм фон Гумбольдт и Якоб Гримм.

В плане решения задач психодиагностики и психотерапии с использованием лингвориторических средств образовался ряд направлений, многие из которых (возможно, вполне оправданно) претендуют

на статус самостоятельных наук. Более полувека существует психолингвистика. Среди множества ее разнообразных определений видный отечественный психолог А. А. Леонтьев предпочел следующее: «Учение об отношениях между нашими экспрессивными и коммуникативными потребностями и средствами, которые нам предоставляет язык». Тут же рядом находится нейролингвистика, изучающая мозговые процессы, обеспечивающие языковые функции у здоровых людей (за рубежом ее толкование значительно расширено); информология, рассматривающая способы накопления, переработки, хранения и представления информации; лингвориторика, появившаяся после возрождения из опалы и забвения риторики и решающая прагматические и лингвистические задачи (ныне встречаются публикации по медицинской риторике и риторике менеджеризма). Далее следует множество междисциплинарных ответвлений: психосемантика, психориторика, когнитивная лингвистика, лингвистика измененных состояний сознания и др.

Наиболее популярной среди них оказалась психолингвистика. В этом заслуга, прежде всего, лингвистов. Они основательно разработали ее теорию, признали родоначальником науки (задолго до ее оформления) уже упомянутого В. Гумбольдта, расставили свои приоритеты, утвердили своих ведущих современных авторов и даже сумели «спровоцировать» разногласия между петербургской и московской школами.

Нам представляется, что нельзя отдавать язык на откуп только лингвистам, как и только физиологам или психологам. Врачи, допущенные к тайнам мозговой деятельности и душевных состояний, т. е. психиатры и психотерапевты, которые пользуются им повседневно в лечебно-диагностических целях, должны понимать и чувствовать его глубже. Бернард Шоу в свое время ядовито заметил: «Всякая профессия есть заговор для непосвященных». Неадаптированный текст, составленный лингвистами, нередко может вызывать крайнее недоумение у медиков, имеющих очевидные проблемы в лингвистическом гуманитарном образовании. Последние существенным образом мешают им успешно лечить душу больного. Поэтому некоторая осведомленность врачей (прежде всего, психиатров и психотерапевтов) в области лингвистики и риторики хотя бы в рамках студенческого филологического курса «Введение в языкознание» принесет им несомненную пользу и расширит горизонты профессиональной деятельности.

В данной главе ставится задача весьма скромная, прикладная, чтобы ни в коем случае не отпугнуть специалистов малопонятными терминами и своеобразными для незнакомой им науки построениями на пути преодоления междисциплинарного барьера и повышения речевой культуры и мастерства.

Мышление, язык, речь

Считается, что человек использует три вида мышления: понятие, суждение и умозаключение. Первый подразумевает предмет или его представление, второй — утверждение или отрицание его свойств, третий — приобретенное собственное о нем мнение. Если понятие выражается словом или словосочетанием, то суждение — уже предложением, а умозаключение — фразой. Мы мыслим и изрекаем серии суждений. Само суждение состоит из субъекта и предиката, мысль движется от первого, содержащего старое знание (тему), ко второму, утверждающему нечто новое (рему).

Процесс мышления реализуется через язык и речь. Язык материализует мысль и является ее формой. По В. Гумбольдту, это «объединенная духовная энергия народа, чудесным образом запечатленная в звуках». Человек проживает в двух мирах: материальном и символическом. Это состояние хорошо иллюстрируется стихотворными строками Шарля Бодлера:

Природа — древний храм, где строй живых колонн
Обрывки смутных фраз роняет временами.
Мы входим в этот храм в смятенье, а за нами —
Лес символов немых следит со всех сторон.

Человеческая речь вышла за пределы простой реализации окружающих явлений внешнего мира посредством сначала небольшого числа членораздельных звуковых символов. Выполняя одну и ту же знаковую функцию, пантомима и звук конкурировали между собой. Последний победил ввиду его экономичности и оперативности. Итак: пантомима — нечленораздельные звуки — членораздельная речь. Язык — самая совершенная символическая система, хотя некоторыми авторами символы считаются знаками не языковой природы, а элементами психики (К. Юнг).

Так или иначе, отражение в нашем сознании объективной реальности, являющееся информационно-лингвистическим процессом, имеет знаково-символическую природу. Лингвистический звуко-буквенный знак отражает некоторый объект внешнего мира и замещает этот объект в сознании человека. Указанный знак имеет триединую сущность, которую лингвисты любят представлять в виде схематического треугольника Г. Фреге (рис. 1).

Эти три элемента образуют в языке слово и отражают анализирующие и синтезирующие функции головного мозга.

Транспортером мысли является язык, а его реализатором — речь. По И. М. Сеченову, «продуктивное мышление средствами языка реа-

лизуется только в речи». Механизм человеческого мышления в двух противостоящих динамических звеньях: предметно-изобразительном коде (внутренняя речь) и речедвигательном коде (внешняя экспрессивная речь).

Процесс порождения речи, по современным представлениям, выглядит следующим образом:

1) мотивация;
2) коммуникативные намерения;
3) замысел;
4) первичная сжатая запись высказывания;
5) развертывание ключевых слов во внутренней речи;
6) формирование синтаксической схемы предложений;
7) отбор лексики;
8) моторная реализация внешней речи.

Процесс понимания речи (декодирование высказывания):

1) идентификация слов в речевом потоке;
2) осмысление значения слов;
3) приведение фразы к нормативному виду;
4) выделение «ядерного» смысла текста;
5) соотнесение языковых значений с реальной действительностью (референция);
6) выделение неявно выраженного смысла.

Когда мышление использует ресурсы языка, мы имеем дело с вербальным (дискурсивным) мышлением, хотя, как считает известный психолог московской школы Р. М. Фрумкина, мышление как процесс никогда не является ни полностью вербальным, ни полностью невербальным. Согласно крайнему бихевиористскому взгляду, без движения речевых органов механизм мышления не существует. Вюрцбург-



Рис. 1. Схематический треугольник Г. Фреге

ская же школа психологов декларировала, что мышление протекает без материальных средств речи.

Внутренняя речь, выполняющая предварительную планирующую роль, имеет сокращенную структуру в сравнении с речью внешней. Там сгущенный синтаксис, преимущественно семантический характер с редуцированной фонетикой. Она предикативна, свернута, образна. Некоторые сравнивают ее с текстом, скомпрессованным до тематических смысловых точек, где избыточная информация отсутствует. Избыточность же внешней речи составляет 75 %.

Внешняя речь обладает в полной мере всеми аспектами человеческой речи: семантикой (отношение знаков к объектам), синтаксисом (отношение знаков к знакам), прагматикой (отношение знаков к адресатам). Она имеет общеязыковой и индивидуальный тезаурусы (систему знаний в языковом оформлении), образует вербальные сети и лексико-семантические поля. Ее слова имеют парадигмо-синтагматическую осевую характеристику. Она располагает всеми возможностями словообразования и развития в целом. Приблизительно подсчитано, что за одну минуту человек проговаривает до 150 слов (прочитывает 250), за год — 20 млн, и за 70-летнюю жизнь — 1 млрд. Для сравнения можно напомнить, что «Война и мир» Л. Н. Толстого и «Сага о Форсайтах» Д. Голсуорси содержат по 0,5 млн слов.

Одним из довольно простых и освоенных методов исследования внешней речи является определение частотной характеристики образующих ее слов. Тематические частотные словари, довольно популярные в конце прошлого века, не утратили своей значимости при условии их совершенствования. В частности, весьма интересна статистика не только слов, но и словосочетаний, фразовых единств и прочих показателей спонтанной речи при большой выборке с точки зрения возможностей психодиагностики. Привлекательной представляется идея снятия в текущем порядке лингвограмм (ЛГ), наподобие ЭКГ и ЭЭГ у пациентов с соматическими и душевными расстройствами.

А пока в рамках краткого курса психолингвистики приходится довольствоваться определением экспресс-методом коэффициента лексического разнообразия (*token ratio*) текста по формуле:

$$C = V / N,$$

где C — искомый коэффициент; V — число слов; N — число словоупотреблений.

Задается текст (ответов на определенные вопросы) 1300 знаков (150 словоупотреблений), в котором, согласно допущениям некоторых информационных служб, уже может содержаться минимальный

объем релевантной информации. Словоупотребления трансформируются в слова в канонизированной форме (существительные и местоимения в единственном числе, именительном падеже; прилагательные в мужском роде, единственном числе, именительном падеже; глаголы в инфинитиве). Все это ранжируется в таблице, и производится нехитрое вычисление коэффициента, который при предполагаемой символической выборке обычно составляет приблизительно 0,60. Этот коэффициент при достаточно большой выборке подсчитан у многих литераторов. Например у М. Ю. Лермонтова он составляет 0,263, а у Ф. И. Тютчева — 0,338, т. е. у первого каждое слово в среднем употребляется 3,80 раз, у второго — 2,96.

Величина искомого коэффициента не должна вводить нас в заблуждение. По крайней мере, она никоим образом не свидетельствует об уровне мастерства литератора. Это же относится к объему словаря. У А. С. Пушкина он включает 22 тыс. слов, у У. Шекспира — 25 тыс., а у Д. Мильтона и В. Гюго — всего лишь по 8 тыс. Для сравнения: 12 томов Большого Оксфордского словаря содержат около 42 млн слов.

Приведенные примеры полезны, для того, чтобы слушатели поняли, что «язык можно и нужно считать», полнее почувствовали саму канву языка и сравнили свои логико-интуитивные ожидания частотности элементов языка со статистической картиной. Кроме того, добросовестно составленные частотные словари могут быть хорошим подспорьем при выделении их «ядерной» зоны для подготовки впоследствии тематических тезаурусов и словарей терминологических соответствий для изучения иностранных языков.

Молодая психолингвистика

Если лингвистика (языкознание) как наука об общих законах строения и функционирования человеческого языка, как считают, возникла в V в. до н.э. в Древней Индии, то психолингвистика — совсем недавнее приобретение человечества. Термин вошел в обиход в 1954 г. после опубликования книги «Психолингвистика» под редакцией американского ученого Ч. Осгуда. Судя по названию науки, это «гибрид» психологии и лингвистики, служащий интересам той и другой. Первые контакты этих двух составляющих наук относятся к XIX в., к работам В. Гумбольдта. Предметом психолингвистики, по определению А. А. Леонтьева, является «соотношение личности с ее ролевой деятельностью, с одной стороны, и языком как главной образующей человеческого мира, с другой». Причина такого рода междисциплинарного проникновения видится в изменении и усложнении картины мира, вызванной появлением когнитивных схем, эталон-

ных образцов, типовых когнитивных ситуаций (например, фреймов М. Минского), развитием теории информации и коммуникаций и компьютерных технологий.

Молодая психолингвистика стремительно развивается. Появилось много учебников с описанием ее основ, истории, перспектив. В Государственном университете Санкт-Петербурга на филологическом факультете уже давно под руководством Т. В. Черниговской читается соответствующий курс объемом 550 ч, который включает разделы нейролингвистики, когнитивной лингвистики, онтолингвистики, лингвостатистики, этнолингвистики, усвоения иностранных языков и др.

Любая наука, психолингвистика в том числе, быстро образует множество ответвлений, наполняется балластом и неизбежно размывается. Поэтому из каждой науки заинтересованные специалисты должны умело «выклевывать» то, что отвечает их практическим задачам. Наша миссия упрощается тем, что под термином «психолингвистика» мы можем понимать «психиатрическую лингвистику» (разделив точку зрения В. Э. Пашковского, высказанную около четверти века назад). Такая позиция дает возможность, опираясь на существующие в психолингвистике теории и методы, искать свои пути их осмысления и применения лингвистики в практической деятельности психиатра и психотерапевта. Заслуживающими особого внимания представляются разделы психолингвистики, связанные с мозговым представительством речевых функций, нарушениями речевой деятельности (патопсихолингвистика) и речевым воздействием на психику.

Несмотря на серьезную критику локализационизма и упование на то, что нашей речью управляют только умозрительные нейронные сети, ученые не могут отказаться от поиска конкретных мозговых структур, связанных с речемыслительной деятельностью. Вспомним, что в 1861 г. французский нейрохирург Поль Брока в задней трети первой лобной извилины левого полушария открыл моторный центр речи, ответственный за артикуляционные функции, а в 1874 г. Карл Вернике в задней трети первой височной извилины того же левого полушария открыл сенсорный центр, ответственный за понимание устной и письменной речи. В указанном полушарии находятся три центра, связанных с речевой деятельностью. В зоне Вернике слова отбираются из речевой памяти. При устной речи в действие вступает центр Брока. Когда требуется деятельность, связанная со зрением, в качестве связующего звена между зоной Вернике и зрительной корой в теменной области выступает ангулярная извилина.

По данным А. Р. Лурия, при поражениях глубинных стволовых структур мозга отмечается первичная речевая инактивность. При двусторонних поражениях лобных долей — эхолалические нарушения и бесконтрольные ассоциации. Передние отделы речевых зон

коры левого полушария ответственны за синтагматическое (линейное, горизонтальное) построение высказывания (возможна речевая адинамия), внутреннюю речь, носящую предикативный характер. Теменно-затылочные зоны ответственны за нахождение нужных слов и парадигматическое (иерархическое, вертикальное) построение языковой системы. Здесь наблюдается семантическая афазия. При поражении левой височной области: распад декодирования лексических компонентов и сохранность просодических (интонационно-мелодических) компонентов; невозможность охватывания целого высказывания. При лобно-височном поражении страдает понимание синтагматического строя, предикативная группа замещается номинативным телеграфным стилем; дефект улавливания просодической окраски. При поражениях лобных долей становится недоступным контакт, метафоры воспринимаются слишком конкретно.

Много копий продолжают ломать исследователи по поводу гемицефальной латерализации мозговых функций. Установлено, что на правое полушарие возлагается гештальтная обработка информации, актуальное членение речи, временн ое видение, синтагматические ассоциации. На левое полушарие — аналитическая обработка информации, лексико-грамматическое развертывание высказывания, пространственное видение, парадигматические ассоциации. Считают, что полушария при уставании работают попеременно, обеспечивая непрерывное пространственно-временное видение. Японские ученые установили различающуюся латерализацию функций (по западному и восточному типу) согласно родному языку, который формирует уникальную культуру и психический склад каждой этнической группы.

Верхом локализациолизма можно считать проецирование речевых функций на структуры генетического уровня. Согласно сенсационному заявлению известного исследователя Т. Кроу, способность к созданию языка, этого инструмента, позволяющего непосредственно забраться в психику человека, является результатом мутации гена, общего (или смежного?) с геном шизофрении. Итак, если за прямохождение человечество расплачивается патологией позвоночника, то за речь — самым серьезным психическим заболеванием. Животные, как известно, ни тем, ни другим не страдают. Указанное заявление имеет много противников, но поражает своей оригинальностью.

В рамках психолингвистики образовалась патопсихолингвистика. Она выступает как некоторое обобщение речевой симптоматики тех или иных психических заболеваний. Вот блестящая характеристика речевой симптоматики ряда основных психических заболеваний, данная в свое время Э. Крепелиным: «Громкая, торопливая, ни на минуту не умолкающая, часто отрывочная, с явлениями „скачков

мыслей" речь маниаков, представляющая неиссякаемый фонтан слов... При раннем слабоумии (для цитируемого автора это синоним шизофрении) негативизм ведет к упорному молчанию, манерность — к жеманным оборотам речи, преднамеренным искажениям слов и к их новообразованию, стереотипия — к бессмысленным повторениям (вербигерации)...»

В книге Т. Сперри «Языковые феномены и психозы» дается хорошо осмысленное описание речевых особенностей при различных психических заболеваниях.

Прогрессивный паралич: затрудненная артикуляция, невнятность, неспособность понять переносный смысл, интонационная немодулированность.

Корсаковский психоз: резкое расстройство памяти, парафазии (подстановка неадекватных слов).

Болезнь Альцгеймера: стереотипность высказываний, монотонность.

Эпилепсия: вязкость, персеверированность, витиеватость, обилие уменьшительных суффиксов; в тяжелых случаях — олигофазия.

Маниакальное состояние при биполярных расстройствах: телеграфный стиль, бессвязность, скачки мыслей, отвлекаемость, большое число ассоциаций по созвучию, рифмованность.

Шизофрения: резонерство и обстоятельность, семантическая разорванность или бессмысленность, монотонность с парадоксальными интонациями, вербигерация. В регулярно переиздающемся американском учебнике «Нейропсихиатрия» под редакцией Р. Шиффера на 15 страницах помещается отдельная глава «Языковая дисфункция при шизофрении», отличающаяся исключительной глубиной исследований современного состояния вопроса, к которой можно отослать наших читателей.

Выделяют еще один раздел психолингвистики — психосемантику, изучающую речевые высказывания при психопатологии, некую, по словам В. П. Осипова, «атаксию речи». Не так давно два автора (Б. Е. Микиртумов и А. Б. Ильичев) выпустили очень интересную и полезную книгу «Клиническая семантика психопатологии», где они исследовали типичные высказывания психически больных на фоне тематических рядов, описывающих их ощущения. Приведем ряд примеров.

Клиническая семантика сенестопатий:

«Раньше такого не испытывал».

«Везде крутит и вертит».

«Весь организм заболел».

Тематические ряды: тяжесть, жжение, давление.

Клиническая семантика деперсонализации:

«Как будто меня нет, выпал из реальности».

«Как заводная кукла».

«Распадаюсь на части».

Тематические ряды: неопределенность, отчуждение.

Клиническая семантика депрессии:

«Смерть в моих сосудах».

«Не могу работать».

«Ничего не помню. Совсем тупая».

Тематические ряды: виновность, ничтожество, страдания.

Полезность учета таких высказываний больными для психодиагностики очевидна.

Раздел речевого воздействия на психику, формально относящийся к психолингвистике, будет рассмотрен в следующих разделах главы, где это представляется более уместным.

Возрожденная психориторика

Считается, что риторика возникла около 2,5 тыс. лет назад и ее основоположником был великий Аристотель. За период столь длительного существования делалось много попыток определить эту науку. Центральная дефиниция у греков — искусство убеждения; в римской цивилизации, по Квинтилиану, — *ars bene discendi* (искусство хорошо говорить); в эпоху Возрождения — *ars ornandi* (искусство украшения); в наше время неориторики Льежской школы называют риторику теорией убеждающей коммуникации.

По античным канонам, риторику образуют:

Inventio (*invenire quid dicas*) — изобрести, что сказать.

Dispositio (*inventa disponere*) — расположить изобретенное.

Elocatio (*ornare verbis*) — украсить словами.

Риторический характер убеждения изображается в виде треугольника Аристотеля (рис. 2).

Логос апеллирует к разуму, этос — к здравому смыслу адресата, пафос — к чувствам. Все эти составляющие выступают в единстве и взаимодействии.

Риторику называли то наукой, то искусством; неизменной оставалась цель — убеждение. Это и умение воспринимать речь во всех ее видах, и облекать мысли в приемлемую речевую форму. Практически до недавнего времени риторика с навешанными на нее ярлыками краснобайства и пустословия была предана забвению. В связи с развитием теории информации и коммуникации ее возродили



Рис. 2. Треугольник Аристотеля

как научную и практическую дисциплину, изучающую и разрабатывающую способы повышения эффективности человеческого общения. Появились риторика менеджеризма, военная риторика, экологическая риторика, медицинская риторика. Если по аналогии можно говорить о психориторике (или психиатрической риторике), то с ней еще предстоит определиться в плане разграничений с той же психолингвистикой, суггестивной лингвистикой и т. п.

Одно является неоспоримым: риторика как древняя наука накопила громадный опыт использования языковых средств. Врачам (особенно психиатрам и психотерапевтам) было бы неплохо ознакомиться с этим риторическим арсеналом. Например, с риторическими фигурами с их необычным построением речевых элементов во имя большей убедительности речи. Известны описания 11 риторических фигур доказательства (парадокс, умолчание...), 18 фигур страсти (клятва, заклинание...), 18 орнаментальных фигур (сарказм, намек...). Риторика пользуется также тропами с их переносным значением для достижения эмоциональной выразительности; прозаическими строфами с их смысловой и синтаксической законченностью; прочими приемами и уловками, выработанными ею за долгую историю.

Отдавая дань отечественной риторике, нельзя обойти риторическое наследие М. В. Ломоносова. В своем «Кратком руководстве к риторике на пользу любителей сладкоречия» он изложил концепцию рациональной риторики, представил разработку принципов «замысловатых речей и острых мыслей». Согласно его концепции, опорой риторики является понятийная структура речи, дополняемая эмоциональной выразительностью. Связь между понятийной и эмоциональной структурами речи осуществляется через теорию парадоксов. Риторическими фокусами увлекалась наша императрица Екатерина II, правда, с уклоном в компаративную лингвистику. Каждое утро она обычно переводила одно острое русское словцо

на другие языки. В ее риторические упражнения вовлекались все отечественные посланники, которым было приказано высылать отдельные оригинальные переводы отрывков экзотических текстов. В 1787 г. был издан труд «Сравнительные словари всех языков и наречий, собранные десницею высочайшей особы».

Возрождение риторики продолжается, и психориторика, надеемся, вскоре заявит о себе в полную силу.

Вербальная суггестия

Психолингвистика речевого воздействия составляет основную часть научной проблематики социально ориентированного общения. Не вызывает сомнения постулат, что это воздействие есть преднамеренная (или не преднамеренная) перестройка смысловой сферы личности. Внушение (суггестия) есть явление побудительной (принудительной) силы слов.

Вспомним, что английский хирург Д. Брэд ввел технику усыпления с помощью зрительной фиксации и словесного внушения. Вызванный им сон он назвал гипнозом (от греч. *hypnos* — «сон»). Французский аптекарь Э. Куэ первым стал обучать приемам самовнушения. Правда, В. М. Бехтерев своим аутотренингом опередил его на четверть века. Гипноз — это словесное воздействие без критики. Здесь слово (сигнал сигналов) заменяет воздействие каких-либо физических стимулов, не исключая воздействия невербального. Язык можно считать питательной средой существования человека, который является непременным участником всех его психических проявлений. Это и суггестивная система, имеющая правополушарную ориентацию.

И. Ю. Черепанова, ведущий специалист в области вербальной суггестии, к ее средствам относит:

1) фонетические (ритм, тон, диссонанс);
2) синтаксические (инверсия, проективность предложения и его актуальное членение);
3) лексико-семантические (абстрактность);
4) экзотические (редкие и иностранные слова);
5) риторические (тропы и фигуры речи).

Суггестивные тексты, как правило, ненормативны, междометны и специфичны с точки зрения тема-рематических компонентов. Низший в плане лингвистики и высший в плане воздействия уровень — фонологический. Человек, в целом склонный к «лингвистической наркотизации», поддается прежде всего неотразимому обаянию звука, который, будучи старше языка и речи, имеет над человеком очень

большую власть. Прекрасный стилист И. Бунин, начиная писать, старался найти звук, ритм повествования. О примате звука в писательском творчестве говорил и А. Белый. Особенно это касается поэзии. В прозе больше доходит до сознания смысловая сторона слова.

На эффективность суггестии начально влияют просодические элементы: речевая мелодия, ударение, временные и тембральные характеристики. На ритмичность работают и инверсия, и персеверация, и многообразие синонимов. В речи и даже простом разговоре важны кульминационные моменты и их чередование. Здесь весьма уместно упомянуть ныне модную «золотую пропорцию» (отношение большей части текста к меньшей равно отношению целого текста к его большей части и составляет 1,618...). Якобы квант информации в точке «золотого сечения» идет прямо в подсознание, так что именно здесь можно использовать акцент восприятия суггестии.

В лексико-семантическом слое нужно обратить внимание на глаголы, которые древнее существительных, ибо побуждают к действию. Подсчитываемый индекс глагольности (Шлисмана) свидетельствует о степени измененности сознания. Синтаксический уровень дает возможность определить положительные и отрицательные установки личности по числу сложных предложений. В первом случае их больше. К средствам вербальной суггестии экзотического уровня относится употребление чужестранных слов, которые обладают некоторыми магизмом.

Очень суггестивны короткие слова. В них кроется большая побудительная сила. Весьма заманчиво было бы сравнить эту силу, содержащуюся в военных командах армий ведущих стран, но ограничимся спортивными командами, например:

На старт! Внимание! Марш!

Ready! Steady! Go!

Achtung! Fertig! Los!

Слово — концентрация энергии духа. Будучи выразительным и магичным, оно может вселиться в сознание и захватить власть над ним. Это хорошо понимали политтехнологи (*spin-doctors*) Третьего рейха. Его ораторы — это элита провокаторов, мастеров слова, манипуляторов тоталитарным сознанием. Считается, что фашизм создала специальная языковая система, которая погнала на войну практически со всем миром 80 млн немцев.

Для врача (психиатра, психотерапевта), беседующего с больным, важно усвоить основы суггестивной нарративной (повествовательной) терапии. В частности, научиться соблюдать принципы речевой кооперации Г. Грайса (подача качественной, релевантной информации) и наименьших речевых усилий Л. Хорна (подавать не больше, чем нужно, и только то, что нужно). Следует ознакомиться и с основами паралингвистики (науки о знаковых кодах невербальной ком-

муникации) и, используя весь арсенал суггестивных средств, включая терапию паузами и молчанием, добиться желаемого психотерапевтического эффекта в отношении доверившегося ему пациента.

Забываемая библиотерапия

Концепция библиотерапии использовалась еще древними греками, называвшими библиотеки «аптеками для души». Римляне считали, что чтение больными молитв улучшает их душевное состояние. В XIII в. в больнице Аль-Мансура в Каире чтение Корана рассматривалось как часть лечения. На протяжении многих лет религиозная литература использовалась для больных и узников. В XVIII в. в Европе для лечения душевнобольных стали применять литературные источники. Во время Второй мировой войны в госпиталях наших союзников библиотечная служба в интересах психотерапии стала стандартом лечебных мероприятий.

Официальное определение библиотерапии в словаре Вэбстера: «Использование выбранных материалов для чтения как вспомогательное терапевтическое средство в медицине и психиатрии». Специалист в области библиотерапии из Великобритании Р. Рубина определяет ее так: «Программа деятельности, основанная на интерактивных процессах использования печатных и непечатных материалов художественного или информационного характера, обеспечиваемая библиотекарем или другим профессионалом для достижения инсайта или благоприятного эффекта при нарушении эмоционального поведения».

Цели библиотерапии:

1. Научить пациента думать позитивно и конструктивно, изгоняя из сознания элементы негативизма и пессимизма.
2. Поощрять свободные и честные рассуждения о своих проблемах без страха, стыда или чувства вины.
3. Указывать альтернативные пути выхода из тупиковых состояний.
4. Дать пациенту возможность сравнивать возникающие перед ним проблемы с подобными у других лиц для развенчания исключительности собственного состояния.
5. Стимулировать воображение пациента.
6. Помочь ему подняться над неурядицами материального и физического порядка и оценить достоинства духовной жизни.
7. Способствовать идентификации пациента в определенной социальной группе.

При назначении библиотерапевтических сеансов пациенты распределяются не по диагностическим категориям, а согласно психо-

логическому статусу и эмоциональному состоянию. Различают 4 вида библиотерапии: пациенты читают про себя, читают вслух, пишут произведения, сочиняют устно. Сам процесс имеет 3 стадии: идентификации (читатель сравнивает себя с героем книги), катарсиса (высвобождаются эмоции и снимается психологическое напряжение), инсайта (вырабатывается новый взгляд на проблему).

Обычно библиотекарь работает в тесном сотрудничестве с врачом, и только последнему принадлежит право назначать психогигиеническую и религиозную литературу. При этом избегают давать возбуждающее чтение больным туберкулезом. Имея в виду, что религиозное чтение может усугубить душевную болезнь, его рекомендуют (в основном Библию) лишь тем, кто получает от него устойчивую компенсацию. Психогигиеническая литература чаще предназначается алкоголикам и интеллигентным невротикам. Книги по психоанализу психотерапевтами не рекомендуются. Сдержанно относятся к дидактической литературе, где не приходится рассчитывать на катарсис. Отмечено, что очень эффективна для всех категорий детская литература. Всячески поощряются появляющиеся в процессе чтения нарциссические фантазии, которые якобы способствуют усилению своего «*ego*» и обостряют инстинкты, являющиеся источником энергии для самоактуализации. Непосредственно к библиотерапии примыкает так называемая литеротерапия, использующая яркие афоризмы, метафоры, пословицы, поговорки, заключающие в себе народную мудрость бытия и, естественно, носящие оптимистический характер. Также несколько отдельно стоит поэтотерапия, которая больше связана с биологическими ритмами человека. В США уже давно существуют поэтические центры психотерапии и психопрофилактики. Людям для сохранения психической устойчивости необходимы добротные стихи с рифмой и баюкающими ритмами, не слишком затасканные школьной программой и средствами массовой информации. Ю. М. Лотман считал универсальным структурным принципом совершенного поэтического произведения цикличные повторения, возвращения к предыдущим элементам. В связи с этим можно порекомендовать несколько замечательных строк поэта Серебряного века Константина Фофанова:

Звезды ясные, звезды прекрасные
Нашептали цветам сказки чудные,
Лепестки улыбнулись атласные,
Задрожали листы изумрудные.
И цветы, опьяненные росами,
Рассказали ветрам сказки нежные,
И распели их ветры мятежные
Над землей, над волной, над утесами…

Лечебный эффект такого рода оптимистичной жизнеутверждающей поэзии очевиден.

Что касается отечественной прозы, пригодной для библиотерапии, то ее, как правило, ищут у классиков и, конечно же, прежде всего у А. С. Пушкина. Она у него лаконична, отличается простотой синтаксического рисунка, сдержанной манерой письма, теснейшей смысловой и синтаксической связью между предложениями. Цепные строфы составляют около 80 % словесной ткани во всех стилях речи. Это линейное, последовательное развитие мысли. Ничто не будоражит. Отчетливый седативный эффект! Л. Н. Толстой более эпичен, аналитичен, склонен к расширению рамок предложения. У Н. В. Гоголя причудливая вязь предложений, неожиданные повороты, внезапные переходы, разнообразные цепные и параллельные связи. Все кроется уже не в предложении, а во фразе. Ф. М. Достоевский близок к нему по синтаксическому рисунку. У него также масса авторских отступлений, но над голосом персонажей всегда ощущается его голос. Можно «полакомиться» и И. С. Тургеневым, и И. А. Гончаровым, и Н. С. Лесковым, и др. В конце концов, все решает вкус библиотерапевта и его пациента.

В России богатые традиции библиотерапии. Николай Александрович Рубакин, уроженец г. Ораниенбаума под Петербургом, еще в 1916 г. выступил с уникальной теорией библиопсихологии с ее тремя уровнями: вербальный (отдельные слова), интервербальный (взаимодействие слов в тексте), суправербальный (синтез слов в тексте). Эмигрировав в Швейцарию, он в 1922 г. опубликовал двухтомное сочинение «Введение в библиопсихологию». При Женевском педагогическом институте имени Ж. Руссо создал факультет библиопсихологии. Составил 15 тыс. индивидуальных программ для чтения и самообразования.

В своих философских исканиях Н. А. Рубакин увлекся теорией немецкого психолога Р. Семона, предложившего понятие «мнемы» (от греч. *mnema* — «память»). Мнема остается после воздействия словесного раздражителя, и впоследствии человек становится более восприимчив к нему (феномен узнавания). Через мнемы социальная среда поставляет нам энграммы (записи) социального опыта человечества. Именно Н. А. Рубакин сформулировал модификацию закона В. Гумбольдта — А. Потебни: «Слово, фраза и книга суть не передатчики, а возбудители психических переживаний в каждой индивидуальной мнеме». Хотелось бы надеяться, что забытая ныне библиотерапия получит новый импульс и утвердится в своих правах в рамках психотерапии.

Современные проблемы русского языка

Вопрос о языке на Руси всегда был болезненным. При Патриархе Никоне правка церковных книг в директивном порядке закончилась расколом. Насилие над языковой традицией способно поколебать основы общества. Зуд реформаторства преследует Россию вплоть до нашего времени. То мы убираем «лишние» буквы из алфавита, то внедряем фонетический принцип в орфографию, то, одержимые дефисоманией, ставим этот знак, где нужно и не нужно. В этом отношении хочется привести в пример маленькую Исландию. Там свою речь хранят в неприкосновенности уже девять столетий. Газеты выходят на том же древненорвежском языке, на котором слагались древние саги.

В последнее время реформаторы будто бы успокоились. Создается «Национальный корпус русского языка» (электронное собрание текстов), охватывающий два века русской словесности. Во Франции такой корпус насчитывает 90 млн единиц и, как полагают, он во многом способствует осмыслению национального языка на базе его максимальной выборки.

Главная опасность для русского языка сейчас исходит от средств массовой информации. Поговаривают даже, что конец XX в. стал для него шоковой терапией, а СМИ — его могильщиком. Хотя полностью возлагать на них ответственность было бы несправедливо. Страну захлестнула волна западной цивилизации (компьютеры, интернет, мобильная связь и т. д.). Изощренные технические средства коммуникации агрессивно давят на традиции и унифицируют нашу жизнь. Началось стремительное обновление лексики, несмотря на консервирующее влияние письменной речи. Пополнение языка сопровождается проникновением в него сниженных пластов. В периодической печати отмена обязательного лицензирования издательской деятельности привела к засорению рынка низкосортной литературой, подозрительной словарной продукцией, ослаблению института редакторов и корректоров. Избыточная фрагментарность языка стала нормой. Особенности российского новояза: смешанность стилей, неверное словоупотребление, нарушение грамматических и фонетических норм, немотивированное употребление иностранной лексики.

Одна надежда на то, что язык — самообновляющаяся система, обладающая мощным иммунитетом. Расшатывание нормы для него иногда даже необходимо. На смену одной немедленно приходит другая. Поэтому вряд ли стоит безоглядно присоединяться к неистовым борцам за чистоту языка. Лучше пытаться осмыслить произошедшее и навести в своей отрасли необходимый и возможный лингвистический порядок.

Медико-биологический тезаурус имеет объем более 200 тыс. слов. Медицинская лексика, будучи интернациональной, в значительной

степени латинизирована. Но современные отечественные врачи совсем мало знакомы с латынью и недостаточно лингвистически образованны. В результате в медицинской литературе очень часто появляются корявые иностранные заимствования. Страдает и фонетическая составляющая. Мы забыли великое изречение Сократа: «Заговори, чтобы я тебя увидел!». А фонетика — визитная карточка каждого человека, тем более врача. Психотерапевт должен изъясняться безупречно, чтобы не дать пациенту повода усомниться в его интеллигентности.

К сожалению, мы в настоящее время лишены необходимой языковой ориентации, языкового чутья (за рубежом этот феномен называют *linguistic awareness*). Казалось, можно было бы опереться на старославянский язык, но мы его забыли. Неплохо бы начать осторожно прививать к нашей профессиональной речи церковную лексику, извлекая из нее звучные диалектные слова. Нынешний врач, особенно психиатр (психотерапевт), должен включить в рамках гуманитарного образования лингвистический компонент. Это поможет ему ориентироваться в области языка и речи и выработать терпимость к языковым новациям, а также, отказавшись от излишней свободы самовыражения, выполнять обязательства (в отношении некоей нормы), отнюдь не унижающее его творческие возможности. Поэтому ему будет полезно ознакомление с основами лингвистических и риторических знаний. Это будет способствовать тому, что наши специалисты смогут вести с пациентами непринужденную беседу, используя суггестивные возможности языка, чтобы успешно лечить их тело и душу.

Завершив эту главу, хотелось бы отметить отсутствие ожидаемого удовлетворения от затраченного труда. К сожалению, не все удалось осмыслить и разложить «по полочкам». Зачастую, просматривая материалы многих привлекаемых специалистов, приходилось с трудом «продираться» через частокол противоречивых взглядов и мнений. Не только в хорошо освоенной, «застолбленной», но даже теоретически разреженной междисциплинарной области иногда трудно вставить не только свое, но и вообще какое-то определенное слово, не боясь наступить на чей-либо авторитет. Иногда это тормозит развитие науки. Тем не менее, покушаться на неизведанное нужно. Большим утешением оказалось высказывание известного отечественного лингвиста, философа, психолога В. В. Налимова, на которое повезло неожиданно натолкнуться: «Психиатр, будучи врачующей личностью, должен научиться жить в состоянии психической неуверенности, окруженный парадоксами и полярными точками зрения». В конце концов, тексты Библии тоже представлены в крайне размытой системе суждений. По крайней мере, если у кого-либо после прочтения останется лишь ощущение *déjà vu*, то можно считать, что со своей задачей как-то удалось справиться.

Часть II
Когнитивно-бихевиоральное направление

Глава 4
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

История поведенческого подхода

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно — в конце 1950-х гг. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Д. Уотсона (1913) и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (E. C. Tolman, 1932; K. L. Hull, 1943; и др.) позднее стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» — влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др., но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII в. Ж. О. Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Дж. Вольпе (1969) определял поведенческую терапию как «применение экспери-

ментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (Зачепицкий Р. А., 1975). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Л. К. Франк (1971) заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Г. Айзенк (1960) утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде ее видных основоположников. Так, М. Лазарус (1971) — ученик и бывший ближайший сотрудник Дж. Вольпе, выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы вправе бросить вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнестических данных М. Лазарус показал «обескураживающе высокую» частоту рецидивов после проведенной им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, В. Рамсей (1972), написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились... Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». О его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр Л. Вольберг (1971) указывал, например, что, когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее, на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условно-рефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур.

На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории. Поведенческая терапия (называемая также «модификация поведения») — это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления. Рассмотрим различные виды научения в их значении для терапии.

Классическое обусловливание

Основы классического обусловливания были созданы в начале XX в. И. П. Павловым. В опытах И. П. Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Прекрасным примером классического обусловливания является эксперимент Дж. Б. Уотсон. В 1918 г. он начал лабораторные эксперименты с детьми, показывая, что опыт научения в детстве имеет длительный эффект. В одном опыте он сначала показал, что девятимесячный мальчик Альберт не боялся белой крысы, кролика и других белых объектов. Затем Уотсон ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начал вздрагивать, плакать и пытаться отползти. Подобным же образом он реагировал, когда Уотсон показывал ему другие белые объекты. В этом опыте Уотсон использовал классическое обусловливание: сочетая громкий звук (безусловный стимул) с предъявлением крысы (условный стимул), он вызывал новую реакцию — условную реакцию страха — на прежде нейтральное животное.

Этот опыт демонстрирует также феномен, открытый И. П. Павловым и называемый «генерализацией стимулов». Суть его состоит в том, что если развилась условная реакция, то ее будут вызывать так-

же стимулы, похожие на условный. Уотсон продемонстрировал, что ребенка можно приучить бояться того, что прежде представлялось безобидным, и этот страх будет распространяться на похожие объекты. Маленький Альберт стал испытывать страх ко всем меховым игрушкам. Из своих опытов Уотсон сделал вывод, что дети научаются всему, в том числе фобиям.

Другое понятие, пришедшее из лаборатории И. П. Павлова и имеющее отношение к поведенческой терапии, — это «различение стимулов» (или «стимульная дискриминация»). Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Плач ребенка становится условным стимулом для матери: ее условная реакция может выражаться в том, что она просыпается от глубокого сна при малейшем волнении ребенка, но та же мать может глубоко спать, когда плачет чужой ребенок.

И еще один феномен, открытый И. П. Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться. Постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами называется «угасанием».

Инструментальное, или оперантное, обусловливание

Не все виды научения можно объяснить классическим обусловливанием. При классическом обусловливании условный и безусловный стимулы предшествуют условной реакции. Но условные связи могут также возникать между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, собака научается «служить», чтобы получить угощение; ребенок научается говорить «пожалуйста», чтобы получить конфетку. Эти реакции являются инструментами для получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание — это процедура научения, при которой реакции приводят к награждению или желаемому эффекту.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог Э. Трондайк примерно в то время, когда И. П. Павлов проводил эксперименты в России. Животное, обычно голодная кошка, помещалась в специальную клетку, названную «загадкой», и должна была научиться какой-то реакции — например, наступить на маленький рычаг, для того чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке

это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Трондайку, управляется законом эффекта. Согласно этому закону, поведение контролируется его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, удовлетворению, закрепляется, и наоборот: не приводящее к положительному результату стирается или ослабляется.

Спустя несколько десятилетий после опубликований работ Трондайка, другой американский психолог, Б. Скиннер, развил его идеи. Б. Скиннер подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, производит какое-нибудь движение, воздействует на среду. Поэтому процесс научения этим реакциям он назвал оперантным обусловливанием.

Для изучения оперантного обусловливания Б. Скиннер изобрел экспериментальную камеру, получившую название «скиннеровского ящика». Камера полностью контролируется. Она звуко- и светонепроницаема, в ней поддерживается постоянная температура. Она содержит приспособление, которым животное может оперировать, чтобы получить вознаграждение. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу из тонкой трубочки. Скиннеровский ящик позволил изучать отношения между реакцией и ее последствиями и анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение есть функция его последствий. Поведение усиливается позитивным или негативным подкреплением; оно ослабляется наказанием.

Позитивное подкрепление — это предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это — награждение. Примером может служить учитель, который хвалит ребенка за прилежную учебу.

Негативное подкрепление — это процесс усиления поведения путем изъятия, удаления негативных стимулов, таких, как боль, скука, избыток тепла или холода и т. п. Примером может служить прием таблетки анальгина при головной боли. Другой пример: пациент, испытывающий страх в метро, может избежать этого переживания, оставшись дома.

Наказание. И позитивное, и негативное подкрепление усиливает частоту реакции. Наказание уменьшает частоту реакции. Часто путают наказание и негативное подкрепление, они совершенно различны. Подкрепление усиливает поведение, а наказание ослабляет его. Если ток выключается, когда крыса нажимает на рычаг, — это негативное

подкрепление; оно увеличивает вероятность того, что крыса нажмет на педаль, когда ток снова включат. Но если ток включается, когда крыса нажимает на рычаг, то это наказание; менее вероятно, что крыса снова нажмет на рычаг.

Дискриминационное научение имеет место тогда, когда реакция награждается (или наказывается) в одной ситуации, но не награждается (не наказывается) в другой. В таком случае говорят, что реакция (поведение) находится под «контролем стимула». Этот процесс особенно важен в объяснении гибкости поведения в различных социальных ситуациях. Дискриминация (различение) стимулов позволяет научиться тому, что является подходящим (подкрепляемым) и неподходящим (неподкрепляемым) в данной ситуации. Например, ворчливая жена вряд ли будет бранить мужа в присутствии гостей.

Генерализация состоит в том, что поведение обнаруживается в иных ситуациях, а не только в тех, в которых оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным и экспрессивным во время терапии. Но цель терапии в том, чтобы пациент стал более уверенным в реальных жизненных ситуациях, другими словами, очень важно, чтобы произошла генерализация.

При сравнении классических и оперантных условных рефлексов видно, что, во-первых, классическое обусловливание требует повторного парного предъявления нейтрального стимула (звонок) и стимула, вызывающего врожденную, безусловную реакцию (пища). Обеспечение такого предъявления достигается участием экспериментатора. В экспериментах же с оперантным обусловливанием животное само осуществляет перебор стереотипов поведения, и выбор стереотипа, приводящего к достижению результата, протекает активнее. Во-вторых, оперантные рефлексы контролируются их результатом; в экспериментах же с классическим обусловливанием появление условной реакции контролируется предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большая часть обучения осуществляется по законам формирования оперантных условных рефлексов.

Социальное научение

Научение у людей в большинстве случаев имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. И в большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно традиционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики же социального научения утверждают,

что люди также учатся на опыте других посредством процессов, известных как «викарное обусловливание» и «викарное научение» (или моделирование).

Викарное обусловливание может быть классическим и инструментальным. Посредством викарного классического обусловливания, например на основе поведения какого-либо человека, у нас может возникнуть и закрепиться эмоциональная реакция на определенный стимул. Скажем, ваш друг восхищается каким-то писателем. Его эмоция может действовать как безусловный стимул, который вызывает подобную же реакцию у вас (безусловную реакцию). Так как имя писателя сочетается с безусловным стимулом, то оно может стать для вас условным стимулом. И хотя вы сами не читали книг этого писателя, его имя вызывает у вас положительную эмоциональную реакцию (условную реакцию).

Викарное инструментальное обусловливание демонстрируют опыты А. Бандуры. Маленьким детям был показан короткий фильм с участием мужчины и большой надувной куклы. Мужчина бил куклу кулаком по лицу, молотком по голове, пинал ее, бросал в нее различные предметы. Но финалы в этом фильме были различными. Одни дети смотрели фильм с окончанием, в котором агрессивного героя фильма другой мужчина назвал «чемпионом» и угощал сладостями и напитками; другие дети смотрели, как «героя» ругали и называли «плохим человеком», и, наконец, третьи дети смотрели фильм, в котором не было ни награждения, ни наказания героя. После фильма каждому ребенку было позволено одному поиграть с куклой. Было обнаружено, что имитация агрессивной модели поведения была наибольшей у детей, которые наблюдали награждение. Таким образом, подкрепление, которое дети видели в фильме, но непосредственно не переживали, влияло на их поведение.

Опыты с куклой показали, что научение может осуществляться не только посредством прямого обусловливания, но также и посредством викарного (замещающего) обусловливания. Викарное научение — это способность обучаться новому поведению, наблюдая поведение других. А. Бандура также показал, что дети научаются и имитируют поведение взрослых, даже если оно не сопровождается награждением. В одном эксперименте детям показывали фильм, в котором мужчина или сидел спокойно рядом с куклой, или с неистовством набрасывался на нее. Потом детей оставляли одних в комнате с куклой. Те дети, которые наблюдали агрессивное поведение, были более агрессивны. Более того, они в точности повторяли те формы агрессивного поведения, которые видели, то есть научение возможно без подкрепления (следовательно, закон эффекта Э. Трондайка не является универсальным).

Общие характеристики поведенческой терапии

Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов (G. Terence, G. Wilson, 1989). Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения — психологическая модель, которая фундаментально отличается от психодинамической модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу. Из этих двух основных положений вытекают следующие:

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни с точки зрения поведенческой терапии, представляют собой непатологические «проблемы жизни». К таким проблемам относятся, прежде всего, тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее специфичность: человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделение в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) несущественно для реализации поведенческих изменений; успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции можно оценить экспериментально.

Цели поведенческой терапии

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый коррективный опыт научения. Коррективный опыт научения предполагает приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Коррективный опыт научения является результатом широкого диапазона различных поведенческих стратегий, которые осуществляются как в ходе лечебных сеансов, так и между сеансами терапии. Научение тщательно структурируется. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сеансами. Пациентам предлагается, например, практиковать релаксационный тренинг, контролировать ежедневное потребление калорий, совершать различные самоутверждающие действия, сталкиваться с ситуациями, вызывающими тревогу, воздерживаться от выполнения навязчивых ритуалов. Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом влияния терапевта на пациента, направленным на вызов изменений в его убеждениях и поведении. Терапия предполагает динамическое взаимодействие между терапевтом и пациентом. Решающим фактором терапии является мотивация пациента. Сопротивление изменению и отсутствие мотивации являются причинами неудачного лечения.

Идентификация и оценка проблемы

Поведенческую терапию начинают с идентификации и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится получить подробную информацию о проблеме пациента: о том, как началось расстройство, какова его тяжесть, частота проявлений. Что пациент предпринимал для преодоления проблемы? Что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к терапевтам? Чтобы получить ответ на эти вопросы, которые могут быть болезненными для пациента и смущать его, необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит функциональный анализ проблемы, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирование истории пациента. Однако прошлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дистресса.

В поведенчески ориентированном интервью терапевт редко задает пациенту вопрос «почему» (например, «почему вы испытываете страх в толпе?»). Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных, поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с «как», «когда», «где» и «что». Терапевт полагается, главным образом, на самоотчеты пациентов, в частности, в оценке мыслей, фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

Один из методов оценки реакций пациентов в специфических ситуациях — символическое воссоздание пациентом проблематичной жизненной ситуации. Вместо того чтобы пациенты просто рассказали о событии, терапевт просит их представить эти события так, как если бы они происходили в настоящий момент. Когда пациенты вызывают ситуацию в воображении, их просят вербализовать любые мысли, которые приходят на ум, — это особенно полезный способ открытия специфических мыслей, связанных со специфическими событиями.

Другой способ оценки реакций пациента в специфических ситуациях — ролевая игра. Пациента просят проиграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот метод особенно хорош для оценки межличностных проблем. При этом терапевт принимает роль человека, с которым связаны проблемы пациента. С помощью ролевой игры терапевт получает образец проблемного поведения, хотя и полученный в несколько искусственных условиях. Если терапевт оценивает супружескую пару, то он просит обоих партнеров обсудить выбранные трудные вопросы. Это дает терапевту возможность непосредственно наблюдать и оценивать их межличностную компетентность и способность решать конфликт.

Одним из важных способов поведенческой оценки является самоконтроль. Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической деятельности, отмечать условия, при которых они лишний раз перекусывают или переедают, и т. д. Таким способом

выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Наиболее ценным методом оценки открытого поведения является наблюдение за поведением пациента в естественных условиях. С этой целью поведенческими терапевтами разработаны специальные процедуры, предназначенные для прямого измерения поведения. Эти процедуры наиболее часто используются с детьми в школах и дома или с госпитализированными пациентами в клиниках. Родители, учителя, воспитатели, обслуживающий персонал получают инструктаж по наблюдению за поведением. После того как они приобретают навыки по наблюдению за поведением, их обучают проводить поведенческий анализ проблемы и затем инструктируют, как изменить свое собственное поведение, чтобы модифицировать проблемное поведение пациента.

Наконец, поведенческие терапевты используют психологическое тестирование. Причем они не пользуются стандартизированными психодиагностическими тестами, основанными на теории личностных черт. Тесты, подобные MMPI, могут быть полезны для получения общей картины личности пациента, но они не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или для выработки стратегии терапевтического вмешательства. Проективные тесты отвергаются, поскольку, во-первых, они основаны на психодинамической теории, а во-вторых, не доказана их валидность. Далее приводятся наиболее распространенные техники собственно поведенческой направленности.

Систематическая десенситизация (десенсибилизация)

Теоретическое обоснование и создание этого метода связано с именем Дж. Вольпе. Метод основан на принципе реципрокного подавления, который сформулирован следующим образом: страх может быть подавлен, если заменяется активностью, которая антагонистична страху. «Если в присутствии вызывающих тревогу стимулов может быть осуществлена реакция, подавляющая тревогу, то она ослабит связь между этими стимулами и реакцией тревоги» (Вольпе Дж., 1962).

При систематической десенситизации негативное поведение (тревога, напряжение) замещается позитивно окрашенной реакцией (релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др.). Поэтому ряд авторов называют систематическую десенситизацию техникой замещения.

При систематической десенситизации клиент постепенно, но с нарастающей интенсивностью соприкасается с ситуациями, вызываю-

щими страх, выполняя адаптивное поведение, которое несовместимо с тревогой. Пациент обучается реагировать на эти ситуации другим поведением, а не только тревогой, страхом. В результате он становится десенситизированным по отношению к ним.

Работа с клиентом начинается с интервью. Интервью проводится в атмосфере, создающей и углубляющей взаимное понимание, раппорт.

Задачи интервью проанализировать историю болезни пациента, чтобы сделать понятным для обоих участников взаимодействия факторы, которые способствовали и способствуют сохранению тревоги, страхов. Эта информация, проясняя модель болезни пациента, также позволяет решить, какой из методов терапии страхов будет избран.

В процессе интервью согласовывается цель терапии, последовательность работы с определенными симптомами, определяется, с какими страхами в первую очередь надо начать работу (эта задача актуальна при наличии у пациента полиморфных фобий).

Цель терапии — уменьшение тревоги или фобических реакций у клиента до уровня, позволяющего ему выполнение своих обязанностей. Поведенческий психотерапевт не ставит перед собой такие задачи, как реконструкция личности пациента, достижение им более высокого уровня эмоционального и психологического функционирования и др. Эти задачи находятся вне компетенции поведенческого терапевта.

К техникам замещения следует отнести и аверзивные техники. Их выделяют в особую подгруппу, поскольку они замещают негативное, преимущественно с точки зрения окружения, но положительно окрашенное, приятное для пациента поведение, такое как алкогольная или лекарственная зависимость, девиантное сексуальное поведение и др.

Техники замещения показаны для работы с преувеличенными, нереалистическими негативными реакциями на объективно нейтральные или даже позитивные ситуации и объекты (неуправляемые тревога, страх, напряжение, отвращение, чувство потери контроля и др.), но чаще всего они используются для работы с тревогой и страхами.

В самой процедуре систематической десенситизации можно выделить три этапа: овладение методикой мышечной релаксации; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; собственно десенситизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией).

Остановимся на каждом этапе подробнее.

Первый этап — овладение одним из вариантов методики мышечной релаксации. Тренировка в мышечной релаксации проводится убыстренным темпом сравнительно с классической методикой Джекобсона.

Второй этап методики — составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. Практическое значение иерархии состоит в том, что она позволяет работать со страхами малыми шагами в определенное время. Если сравнить процедуру избавления от страха с подъемом по лестнице, то иерархия делает лестницу доступной для подъема.

Составление шкалы начинается со следующей инструкции. Подумайте о наиболее сильном, приближающемся к панике, страхе, с которым мы будем работать, страхе, который вы реально испытывали или можете вообразить, и оцените его в 100/10 баллов. А теперь подумайте о ситуации, в которой этот страх полностью отсутствует, вы спокойны, и поставьте 0 баллов. Затем вспомните ряд других конкретных ситуаций, в которых вы испытали этот же страх, но другого уровня.

Пациенту предлагается записать максимальное число ситуаций, в которых он испытывал страх. Список ситуаций должен быть достаточно длинным, чтобы потом пациент имел возможность проранжировать их по 100- или 10-балльной шкале. Меньшая шкала не должна использоваться. Обязательным условием составления списка ситуаций является реальное переживание страха в такой ситуации в прошлом, то есть ситуация не должна быть придуманной (сконструированной).

Составление иерархии ситуаций страха в ряде случаев может быть очень быстрой процедурой. Это бывает тогда, когда страхи простые и их возрастание связано с одним параметром, например, с высотой. При других фобиях ведущий параметр так же легко выделяется, например, страх пауков — с расстоянием до насекомого. Но часто фобии варьируют больше, чем по одному параметру. Даже «простые» фобии могут различаться по нескольким характеристикам. Уже упомянутый страх пауков может зависеть от расстояния, размеров насекомого, его окраски и др. Чаще всего интенсивность страха зависит от многих параметров объекта или ситуации страха. В таких случаях иерархию составляют, основываясь не на внешних характеристиках, а на оценке интенсивности возникающего у пациента страха. Поэтому при сложных фобиях иерархия ситуаций — это чаще всего **субъективная шкала страха**. Такая шкала делает понятным, почему в одном списке пациента могут оказаться ситуации, вроде бы имеющие между собой мало общего, например, нахождение в лифте и надевание на шею узкого ожерелья. Примеры таких иерархий представлены ниже.

Фобии, связанные со смертью:

1. Нахождение рядом с гробом покойника — 100.
2. Участие в похоронах на небольшом расстоянии от гроба — 90.
3. Участие в похоронах на отдалении от гроба — 80.
4. Получение известия о смерти молодого человека от сердечного приступа — 70.
5. Проезд мимо кладбища (в зависимости о расстояния) — 55–65.

6. Столкновение с похоронной процессией — 40–50.
7. Столкновение с человеком, несущим похоронный венок — 30–40.
8. Получение информации о смерти пожилого человека — 25.
9. Посещение больницы — 20.
10. Проезд или проход мимо больницы — 10.
11. Столкновение с санитарным транспортом — 5.

В связи с тем что у пациента могут быть различные фобии, все ситуации, вызывающие страх, делятся на определенное число тематических групп. Для каждой группы пациент должен составить список ситуаций от самых легких до самых тяжелых, вызывающих выраженный страх.

Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с врачом. В случае, если шкала будет иметь пропуски, то есть отсутствуют ситуации, оцениваемые определенным баллом, надо предложить пациенту еще раз вспомнить и записать ситуации, которые будут сопровождаться страхами такого уровня (например, при пропуске в шкале ситуаций, оцениваемых примерно на 5 и 6 баллов). После заполнения всей шкалы (или нескольких при полиморфных фобиях) второй этап заканчивается.

Третий этап — собственно десенситизация. Обсуждается общий план лечения, содержание контрольных сцен и методика получения обратной связи от пациента о наличии у него тревоги после предъявления проблемных ситуаций. Чаще всего информация о наличии тревоги дается путем подъема указательного пальца правой руки. Такой способ получения обратной связи используется, поскольку во время сеанса все разговоры запрещены. Пациент должен сообщать о наличии у него малейшей тревоги после любого представления ситуации.

Контрольной является сцена, связанная в прошлом опыте клиента с состоянием глубокого покоя и расслабления. Например, представление себя лежащим на пляже, на берегу моря или реки или лежащим в постели в состоянии полного расслабления или сидящим в таком состоянии в кресле и т. д. Контрольная сцена используется, чтобы снять появившуюся тревогу и отвлечь внимание пациента от фиксации на предъявляемой сцене. Обучение представления контрольных сцен используется для облегчения представления проблемных ситуаций из списка.

Пациент представляет ситуацию 5–7 с, дает обратную связь о наличии тревоги, если она имеется, поднимая указательный палец правой руки. Тогда предъявляется контрольная ситуация в течение примерно 20 с, и весь цикл повторяется вновь. При отсутствии тревоги цикл включает расслабление, предъявление ситуации. Представление ситуации повторяется несколько раз, и если у пациента тревога не возникает после трех предъявлений, то переходят к следующей более трудной ситуации из списка.

В течение одного занятия пациенту дается 2–4 ситуации из списка.

Если при переходе к более трудной ситуации из списка у пациента вновь возникает тревога, то работают и заканчивают сеанс на успешной сцене.

Пациент инструктируется воображать сцены как можно ярче и живее, как будто он находится в ней реально, сохраняя при этом состояние глубокой релаксации. Чтобы облегчить представление сцены, терапевт предлагает пациенту зрительно вспомнить ее, постараться увидеть отдельные ее детали, максимально наполнить цветом и светом, как будто она находится прямо здесь, перед глазами, попробовать вспомнить все запахи и звуки, которые сопровождали ее, оживить те ощущения в теле, которые отмечались при столкновении с этой ситуацией или объектом. Обучение умению включать наибольшее число модальностей восприятия для восстановлении наиболее полного образа сцены обычно проводится на контрольных сценах. Если эта задача решена на контрольных сценах, то представление сцен, вызывающих страхи, протекает без особых трудностей.

Средняя продолжительность сеанса около 30 мин. Врач должен планировать сеанс так, чтобы иметь время на беседу для обсуждения сложностей, которые возникают у пациента. Частота сеансов — в среднем 2 сеанса в неделю.

Чтобы уменьшить возможность пациента не сигнализировать о наличии тревоги, полезно через определенные интервалы напоминать ему: «Помните, что при появлении малейшей тревоги, вы должны сигнализировать о ней». Однако отношение терапевта к самому факту частоты предъявления тревоги должно быть нейтральным, не создавать у пациента желания усиливать определенное поведение. Любой сеанс должен заканчиваться всегда на позитивном опыте, на сцене, которая успешно преодолена.

В начале этапа собственно систематической десенситизации пациент должен особо инструктироваться избегать искушения проводить одновременно с десенситизацией в воображении десенситизацию в реальной жизни.

Систематическая десенситизация *in vivo* (в реальной жизни)

Систематическая десенситизация в воображении имеет ряд преимуществ сравнительно с систематической десенситизацией *in vivo* (в реальной жизни).

Во-первых, она вызывает тревогу гораздо меньшей степени, чем погружение в такие же ситуации в реальной жизни.

Во-вторых, при проведении систематической десенситизации в воображении можно представить такие ситуации, которые невозможно воспроизвести в реальной жизни (например, ситуацию пожара, аварии, нападения с нанесением физических повреждений и т. д.).

В-третьих, использование ее значительно экономит время терапевта и пациента, а также деньги (например, при страхе полета в самолетах).

Вместе с тем она обладает рядом ограничений. Некоторые пациенты имеют трудности в создании ярких воображаемых событий. Отчет их о четкости представления сцены не всегда соответствует реальному положению дел, а у врача нет другого способа получения информации о качестве представляемой сцены, кроме самоотчета пациента. Особенно искажается информация при представлении пациентом эмоционально неприятных сцен.

Еще одним существенным недостатком систематической десенситизации в воображении является не всегда происходящий эффект генерализации на реальные ситуации.

Скорость десенситизации негативных реакций при СД в воображении происходит медленнее, чем при СД *in vivo*.

Поэтому систематическая десенситизация in vivo используется как следующий этап работы с пациентом после проведения систематической десенситизации в воображении. Но она может проводиться сразу без прохождения этапа систематической десенситизации в воображении.

Техника систематической десенситизации *in vivo* состоит также из трех этапов.

Однако на первом этапе пациент должен овладеть вариантом методики Джекобсона, который получил название дифференциальной релаксации. Пациент должен научиться расслаблять только те группы мышц, которые не задействованы в реальном действии, а также расслаблять участвующие в реальном действии группы мышц до степени, которая не мешает совершать действие.

Перед проведением третьего этапа (погружение в реальные жизненные ситуации) пациент должен быть проинструктирован об опасности нарушать тренинг согласно установленной иерархии, перепрыгивая через определенные ситуации. Переход к следующей ситуации в списке разрешается только, если пациент будет чувствовать себя уверенно в предшествующей. Нарушение иерархии ситуаций приводит к возобновлению страхов к уже десенситизированным ситуациям. Поэтому необходимы частые контакты с врачом, хотя пациент остается основным контролером собственного лечения.

Вариантом методики систематической десенситизации является контактная десенситизация, которая чаще используется при работе с детьми. Здесь также составляется список ранжированных по сте-

пени испытываемого страха ситуаций. Однако на втором этапе кроме побуждения врачом пациента к телесному контакту с объектом, вызывающим страх, присоединяется еще и моделирование (выполнение другим ребенком, не страдающим данным страхом, действий согласно составленному списку).

Еще одним вариантом десенситизации, приспособленным для лечения детей, является эмотивное воображение. При этом методе используется воображение ребенка, позволяющее ему легко отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых участвует этот герой. Врач при этом направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в образе этого героя постоянно сталкивался с ситуациями, вызывающими страх. Методика эмотивного воображения включает 4 стадии:

1. Составление иерархии вызывающих страх объектов или ситуаций.

2. Выявление любимого героя ребенка, с которым он бы легко себя идентифицировал. Желательно, чтобы это был сильный, активный герой, умеющий преодолевать опасности, не уходящий от них. Выяснение фабулы возможных действий, которые ребенок в образе этого героя хотел бы совершить.

3. Начало ролевой игры. При закрытых глазах ребенка просят вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя, достигая отождествления ребенка с этим героем.

4. Собственно десенситизация. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в фабулу действия вводится первая ситуация из списка. Если при этом у ребенка не возникает страха, продолжают развивать фабулу игры, переходя к следующим ситуациям.

Методика, подобная эмотивному воображению, может быть проведена *in vivo* (в реальной жизни). Тогда она состоит из тех же 4 стадий, но ролевая игра и десенситизация проводятся *in vivo* с возможным участием в игре терапевта и других детей.

Как указывалось ранее, систематическая десенситизация может применяться при широком круге фобий, однако есть ограничения в ее использовании. Если тревога и страх связаны с реальным дефицитом определенных навыков, реально охраняют человека от дезадаптивного поведения, то прежде чем приступать к систематической десенситизации, пациент должен освоить соответствующие навыки, например при страхе знакомства.

Критическим компонентом, предопределяющим успешность систематической десенситизации, является столкновение с ситуацией, вызывающей страх (в воображении или в реальной жизни) без испытания реальных негативных последствий.

Имплозивные техники (наводнение, имплозия и другие сходные методики)

Если при систематической десенситизации столкновение с ситуацией, вызывающей страх, происходит постепенно, то в имплозивных методиках подчеркивается ценность быстрого столкновения, переживания сильной эмоции страха. Чем резче столкновение с ситуацией, вызывающей страх, чем оно длительнее, чем интенсивнее эмоция страха, сопровождающая это столкновение, тем больше оснований назвать эту процедуру имплозивной.

В практической работе отнесение той или иной методики к имплозивной процедуре наводнения или десенситизации во многих случаях является условным. Все методики подобного рода можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого находится систематическая десенситизация, на другом — наводнение.

Методика собственно наводнения состоит в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, смерти от сердечного заболевания у больного с кардиофобическим синдромом или падения в обморок у больного с агорофобическим синдромом и т. д.). Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше и испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Методика наводнения эффективна только при выполнении ряда условий. Во-первых, пациенты, имеющие органическую патологию, которая может резко ухудшиться под влиянием интенсивного эмоционального стресса, не должны подвергаться лечению с помощью этой методики (например, больные с ишемической болезнью сердца, с бронхиальной астмой и др.). Во-вторых, с самого начала лечения пациент должен стать активным его участником. Ответственность за выбор именно этого метода лечения принимает сам пациент. Для этого перед началом лечения он должен получить необходимую информацию о механизмах действия этого метода, о причинах длительности его страха. Обсуждаются конкретные задачи, реализовать которые пациент соглашается, возможная интенсивность конфронтации со стимулом, вызывающим страх, преимущества быстрой или постепенной конфронтации применительно к данному конкретному пациенту. Должна быть исключена возможность механизмов скрытого избегания. Так, при столкновении с реальной ситуацией пациент может удаляться от нее, уходя в мир фантазий или в постороннюю активную деятельность. Например, он рассказывает, что во время поездки в транспорте старается думать о чем-нибудь приятном или о каких-либо важных делах, которые ему предстоит сделать, весь уходя в эти размышления.

Или, если поездка происходит с кем-нибудь, то он вступает в разговор, требующий внимания и сосредоточения. Во всех этих случаях пациент удаляется от реальной ситуации, вызывающей страх, и тем самым снижает интенсивность своей тревоги и страха. Пациенту должно быть объяснено, что скрытое избегание, снижение субъективного уровня страха подкрепляет это избегание. Механизм здесь близок к тому, который формирует страх и фобию (поведение избегания приобретается и подкрепляется на основе редукции страха, появление ответа избегания приобретается и подкрепляет поведение избегания). Пациент должен быть также предупрежден о том, что в процессе пребывания в ситуации страха он должен испытать несколько волн прилива страха и оканчивать тренинг, только испытывая снижение уровня страха.

Проведение методики наводнения требует настойчивости со стороны терапевта, последовательности и планомерности при выполнении. Присутствие терапевта является обязательным при первых погружениях в ситуацию страха. Оно выполняет функцию облегчающего страх фактора, подобно замещающему поведению при систематической десенситизации.

Имплозия — это методика наводнения в воображении. В отличие от систематической десенситизации при проведении имплозии не нужно осваивать методику Джекобсона. Пациенту предлагается сразу погрузить себя (вообразить себя) в наиболее страшные ситуации в течение максимально длительного периода. Цель имплозивной терапии состоит в том, чтобы вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации. Угашение страха происходит в результате длительного столкновения с ситуацией, ранее сопровождавшейся страхом, поскольку теперь эта ситуация не приводит к последствиям, вызывающим страх. При этой методике врач актуализирует в воображении больного стимул или его символический заменитель, на который зафиксировался страх, заставляет больного длительно сталкиваться с ним, однако без сопровождения другими стимулами (последствиями), подкрепляющими страх.

Из других методик, близких к наводнению, следует указать на технику парадоксальной интенции. При этой методике пациенту предлагается прекратить так называемую борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его произвольно или даже стараться увеличивать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к симптому своей болезни. Вместо установки пассивного типа: «Я не очень хочу, но попробую проверить реальность своих опасений», — пациент переводится на иную установку: «Я хочу активно наступать на свой страх. Каждое проявление симптома для меня желательно, так как дает мне возможность проверить реальность моих страхов, проверить себя в действии». В. Франкль, автор этого ме-

тода, предлагал усилить активный характер установки еще и тем, что больной должен как следует разозлиться на свой симптом, как на нечто мешающее получению удовлетворения от жизни. «Пусть я умру сейчас десять раз, но я буду смеяться над своими симптомами». Изменение отношения к своей болезни, изменение представления больного о своих возможностях — важнейшие механизмы действия этой техники.

Методика вызванного гнева использует гнев как реципрокный ингибитор страха и основывается на предположении, что гнев и страх — это эмоции, которые могут длительно сосуществовать одновременно, так как активизируют различные физиологические структуры. Методика проводится по типу десенситизации *in vivo*, но когда пациент начинает чувствовать появление страха, его просят представить себе, что в этот момент его оскорбили, или в его окружении произошло нечто такое, что вызвало у него сильный гнев.

Техники, работающие с последствиями. закрепление адаптивного поведения

Условия, которые поддерживают и закрепляют определенный поведенческий стереотип, связаны с событиями, которые по времени следуют за совершенным поведенческим актом, то есть связаны с последствиями.

Техники, работающие с последствиями, сфокусированы только на последствиях и систематически работают только с целью добиться модификации поведения в желаемом направлении.

Жизнь каждого человека с момента рождения и до смерти проходит под воздействием подкрепителей. Под их влиянием мы приобретаем новые формы поведения, сохраняем прежние или отбрасываем старые. Это могут быть как сравнительно простые формы поведения (например, приобретение навыка чистить зубы, умываться), так и достаточно сложные (разнообразные формы общепринятого социального взаимодействия). Если наблюдение за поведением человека показывает, что какое-то явление, следующее за этим поведенческим актом, увеличивает частоту или интенсивность этого поведенческого акта, мы имеем все основания считать это событие подкрепителем. Подкрепление увеличивает вероятность повторения определенного стереотипа поведения. Только наблюдение в реальной конкретной ситуации специфического поведенческого стереотипа позволяет определить, какие события выполняют функцию подкрепления, какие нет. Это эмпирический подход к выявлению подкреплений.

Обычно подкрепители — это объекты или явления, связанные с позитивными эмоциями.

Какие виды позитивных подкреплений чаще всего применяются?

1. Материальные вознаграждения. Это различные материальные предметы, значимость которых сугубо индивидуальна и зависит от сферы интересов, увлечений клиента. Ценность тех или иных материальных предметов выявляется в процессе бесед, с помощью наблюдения за поведением клиента.

2. Различные виды деятельности. Под этим видом подкреплений подразумевается разнообразная приятная и желанная активность.

3. Социальные подкрепители — это различные формы межличностного взаимодействия, например, похвала, одобрение другими, знаки внимания.

Социальные подкрепители имеют ряд существенных преимуществ как форма подкрепления сравнительно с двумя вышеуказанными группами. Социальные подкрепители легко применять, их можно легко дозировать, лицо, проводящее подкрепление, может варьировать как формой, так и временем социального подкрепителя. Можно находить совершенно индивидуальные для каждого человека подкрепители. Их можно применять сразу же вслед за совершенным поведенческим актом, что увеличивает силу их воздействия, при этом действие клиента не прерывается, например, можно проявить знаки одобрения в виде улыбки, кивков головой и т. д., существенно не нарушая основной линии при проведении техники.

4. Обратная связь должна быть выделена как особый вид подкрепления. Обратная связь дает информацию человеку о том, насколько хорошо выполнено действие, насколько он приблизился к желаемому эталону. В этом случае мы должны говорить о дифференцированной обратной связи. Наиболее частой формой такой обратной связи является оценка, даваемая окружающими (хорошо, очень хорошо, отлично). Все три ранее указанные группы подкрепителей являются недифференцированной обратной связью. Их получение свидетельствует о том, что поведение в общем является результативным. Поэтому каждый подкрепитель трех вышеуказанных групп одновременно выполняет функцию и подкрепителя, и обратной связи (как правило, недифференцированной).

5. Универсальные подкрепители. Универсальным подкрепителем являются деньги. Они могут быть обменены практически на любое вознаграждение, на приятную активность, времяпрепровождение и т. д. Однако в поведенческой терапии деньги в качестве подкрепления используются редко. Это связано с тем, что деньги как универсальная ценность могут быть обменены на все, в том числе и на то, что будет подкрепителем нежелательного поведения и нарушит программу терапии. В некоторых программах используются символические заменители денег. Обычно это жетоны, значки, которые пациент может обменять на ограниченный круг

подкрепителей. Процедура проведения подкрепления с использованием жетонов как основного подкрепителя получила название жетонной системы подкреплений (*token — economy*).

Диагностика подкрепителей

Расспрос клиента является самым быстрым и экономным способом. При расспросе надо стремиться к получению конкретной, специфической информации, не позволять отделываться общими фразами. Расспрос непосредственно самого пациента может быть дополнен беседой с близкими людьми. Это целесообразно всегда делать, если мы проводим терапию с детьми.

В общем, правильно проведенный расспрос позволяет получить информацию о конкретных позитивных подкрепителях, которые мы потом будем использовать в работе с данным клиентом.

Правила применения подкрепителей:

1. Подкрепление должно производиться в соответствии с программой терапии. Поскольку целью терапии является воздействие на поведение — мишень, постольку это поведение должно стать ориентиром для проведения подкрепления. Подкрепление должно следовать за выполненным поведенческим актом (поведением — мишенью). Подкрепитель по времени не должен быть далеко отставлен от этого поведенческого акта. Получение подкрепителя должно быть тесно связано с выполнением определенного поведения. Должно обязательно реализовываться правило: если продемонстрировано определенное поведение (поведение — мишень), клиент должен обязательно получить подкрепление.

2. На когнитивном уровне пациент должен ясно понимать связь подкрепления с совершенным определенным поведением (поведением — мишенью). Это правило особенно значимо, если пациент совершает сложное поведение, которое может оцениваться по многим параметрам, или выполняет несколько поведенческих актов, следующих друг за другом. Облегчение осознания такой связи достигается с помощью четкой формулировки такой связи, фокусировки клиента на такой связи, подчеркиваний, помогающих ему лучше осознавать такую связь.

3. Подкрепитель должен даваться немедленно вслед за выполнением определенного поведения (поведения — мишени). Это правило не всегда удается реализовать по ряду причин. Применение в качестве подкрепителей значимых для пациента материальных вещей, активностей обычно невозможно, поскольку ведет к прерыванию всего сложного поведенческого акта и поэтому может быть нецелесообраз-

ным. Но, тем не менее, надо стремиться, чтобы достаточно значимые для пациента социальные подкрепители (знаки одобрения) применялись бы сразу же, чтобы он получал хоть какое-нибудь подкрепление.

4. Из различных схем подкрепления на первом этапе должна обязательно использоваться постоянная схема подкрепления, схема, при которой поведение — мишень подкрепляется всегда. Только после стабилизации желательного поведения можно переходить на перемежающуюся схему подкрепления, когда будут подкрепляться не все поведенческие акты, а только некоторые. Желательно, чтобы алгоритм такого подкрепления был непредсказуем, нельзя было спрогнозировать, когда последует подкрепление.

5. Подкрепитель должен сохранять свою значимость для клиента.

Уменьшение неадаптивного поведения

Воздействуя на последствия, можно достичь еще одной цели — уменьшения неадаптивного поведения. Главная стратегия уменьшения нежелательного стереотипа поведения — усиление адаптивного поведения, несовместимого с угашаемым поведением, используя подкрепление как основной инструмент воздействия. Эта стратегия имеет преимущества перед другими, которые будут указаны далее, поскольку создает позитивную замену дезадаптивному поведению. Она целенаправленно заполняет вакуум, который возникает, если проводится прямое угасание нежелательного стереотипа поведения, и который в таком случае может заполниться другим равно нежелательным поведением. Управление этим процессом — важное преимущество этой стратегии.

Глава 5
КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕКА И РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭЛЛИСА

Как самостоятельное направление когнитивная психотерапия сформировалась в 1960-е гг. В настоящее время она представляет собой одно из наиболее распространенных направлений. Когнитивная психотерапия, основанная на наиболее современных разработках в области научной психологии, исходит из двух фундаментальных представлений о человеке:

а) как о думающем и активном;

б) рефлексирующем и способном изменять себя и свою жизнь.

Центральная категория когнитивной психотерапии — это мышление в широком смысле слова. Основной постулат заключается в том, что именно мышление человека (способ восприятия себя, мира и других людей) определяет его поведение, чувства и проблемы. Например, человек, убежденный в том, что он беспомощен, при столкновении с трудностями и проблемами будет испытывать чувства тревоги или отчаянья, состояние дезорганизации, а следовательно, стараться избегать самостоятельных решений и действий. У такого человека в голове постоянно мелькают мысли: «я не справлюсь», «я не способен», «я опозорюсь», «я подведу» и т. д. При этом данные мысли и убеждения могут находиться в прямом противоречии с его реальными возможностями и способностями. Однако именно они определяют его поведение и результаты деятельности.

Перестройка таких иррациональных убеждений и ситуативно возникающих мыслей позволяет избавиться от тяжелых переживаний, дает возможность научиться более конструктивно решать различные жизненные проблемы. Именно такая работа необходима для людей, страдающих тяжелыми эмоциональными проблемами: тревожными состояниями, депрессией, приступами раздражения и гнева. В когнитивной психотерапии разработана система высокоэффективных технологий, приемов и упражнений, направленных на перестройку неадаптивного мышления и развитие способности мыслить более реалистично и конструктивно.

Хотя когнитивная психотерапия как научно обоснованный подход существует недавно, ее источники восходят к глубокой древности. Одним из отцов когнитивной психотерапии можно считать Сократа — мудреца, прославившегося своими диалогами, в которых он виртуозно выявлял заблуждения и искажения человеческого разума, тем самым помогая людям избавиться от невыносимого страха смерти, безутешной печали или неверия в себя. В каждом народе были такие мудрецы, владеющие навыками работы с ошибочными убеждениями, провалами логики и «идолами сознания» (Френсис Бекон). Однако в когнитивной психотерапии это искусство трансформировано в продуманную и научно обоснованную систему помощи.

Когнитивная модель психотерапии основывается на идее, согласно которой эмоциональные нарушения являются следствием как определенной предрасположенности человека к ним (наследственность, а также приобретенный в раннем детстве опыт), так и обстоятельств его теперешней жизни (испытываемые им воздействия, на которые он реагирует).

Аарон Бек (родился в 1921 г.) — американский психотерапевт, основатель когнитивной психотерапии. После окончания Универси-

тета Браун и Йельской медицинской школы А. Бек начал свою карьеру в медицине. Изначально его привлекала неврология, но затем он занялся психиатрией. Проводя исследование по валидизации теории депрессии З. Фрейда, А. Бек начал задаваться вопросами относительно самой теории и вскоре разочаровался в ней. А. Бек побуждал своих пациентов фокусировать внимание на так называемых «автоматических мыслях» (значение термина будет разъяснено позднее).

Основные труды Бека: «Когнитивная терапия и аффективные расстройства» (1967), «Когнитивная терапия депрессии» (1979), «Когнитивная терапия личностных расстройств» (1990).

Рационально-эмотивная психотерапия (РЭТ) — это метод психотерапии, разработанный в 1950-х гг. клиническим психологом Альбертом Эллисом. Первоначально названный рациональной психотерапией, данный метод с 1962 г. получил наименование рационально-эмотивной терапии (*rational-emotive therapy*).

Альберт Эллис (родился в 1913 г.) получил степень бакалавра в 1934 г. в Сити-колледже в Нью-Йорке; звания магистра и доктора философии ему были присвоены в 1943 и 1947 г. в Колумбийском университете. А. Эллис прошел психоаналитическое обучение и трехгодичный личный анализ. В отличие от А. Бека, А. Эллис в большей мере склонен был рассматривать иррациональные убеждения не сами по себе, а в тесной связи с бессознательными иррациональными установками личности. Дальнейшие наблюдения привели его к идее о негативных мыслях как источнике эмоциональных нарушений. В 1958 г. А. Эллис основал Институт рациональной жизни, а в 1968 г. — Институт усовершенствования в области рациональной психотерапии. А. Эллис — лауреат многочисленных премий; опубликовал свыше 600 статей, глав в книгах и обзоров. Он является автором или редактором-составителем свыше пятидесяти книг, а также консультантом двенадцати журналов по психотерапии.

Помимо А. Бека и А. Эллиса большой вклад в развитие когнитивно-поведенческого направления внесли Мартин Селигман (объяснительный стиль), Джефри Янг (ранние неадаптивные схемы), Леон Фестингер (теория когнитиного диссонанса), Марша Лайнен (когнитивно-диалектическая психотерапия пограничного расстройства личности) и многие другие.

В данной публикации мы не будем останавливаться на различиях между отдельными ветвями одного направления, тем более что границы становятся все более размытыми. Когнитивная психотерапия А. Бека включала в себя и поведенческие техники, поэтому термины «когнитивная» и «когнитивно-поведенческая» мы будем рассматривать как синонимы.

Основная формула когнитивной терапии представлена на рис. 3.

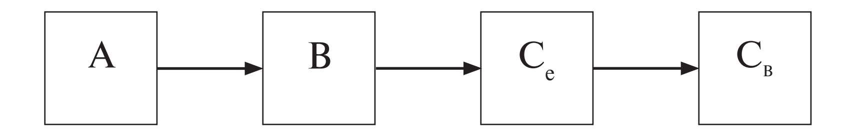


Рис. 3. А — активирующее событие; В — промежуточные переменные (мысли, установки, убеждения, правила), предопределяющие определенное восприятие события; С — последствия воздействия события, включающие как эмоциональные ($C_е$), так и поведенческие компоненты ($C_в$)

Например:

А — У Марии появилась головная боль.

В — Мария подумала: «У меня инсульт».

$C_е$ — У Марии возникла паника.

$C_в$ — Мария побежала в больницу, чтобы произвести обследование.

Когнитивная модель психопатологии приписывает непродуктивному мышлению центральную роль в возникновении затяжных депрессивных, тревожных, агрессивных реакций. Когнитивные искажения приводят к тому, что индивид не отражает адекватно реальность, и поэтому его совладание с трудными ситуациями, такими как различного рода утраты, угрозы, препятствия, затруднено, что увеличивает их негативное воздействие на него.

Когнитивно-поведенческая психотерапия имеет целью изменять, прежде всего, эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей. Возможность таких изменений основана на связи мыслей и эмоций. С точки зрения КПТ мысли (убеждения) являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние и поведение. Как человек интерпретирует событие, такую эмоцию в результате он и имеет в этой ситуации. Не внешние события и люди вызывают у нас негативные чувства, а наши мысли по поводу этих событий. Воздействие на мысли является более коротким путем достижения изменения наших эмоций и, следовательно, поведения.

Возникновение неадаптивных когниций (установок, мыслей, правил) связано с прошлым пациента, когда, воспринимая их, он не имел еще навыка проводить критический анализ на когнитивном уровне, не имел возможности опровергнуть их на поведенческом уровне, поскольку был ограничен в своем опыте и не сталкивался еще с ситуациями, которые могли бы их опровергнуть, либо получал определенные подкрепления от социального окружения.

Когнитивная психотерапия предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношении между ними, приближающимися к партнерским. Пациент и психотерапевт должны

в самом начале достичь соглашения в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен, в общем, принять базисное положение когнитивной психотерапии о зависимости эмоций и поведения от мышления: «Если мы хотим изменять чувства и поведение, надо изменять вызвавшие их идеи».

Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции, затрудняющие решение какой-либо проблемы, приводящие к неадаптивному поведению. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей», они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлекторно, и для пациента всегда имеют характер вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению убеждений. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки.

Когниции могут быть разных уровней. Самый поверхностный из них — уровень автоматических мыслей, фундаментальный — глубинные убеждения.

Глубинные убеждения — фундаментальный уровень убеждений, сформированный, как правило, в детском возрасте. На формирование глубинных установок значительное влияние оказывают особенности внутрисемейных взаимоотношений. Глубинные убеждения трудно поддаются корректировке.

Промежуточные убеждения занимают положение между глубинными убеждениями и поверхностными. Они формируются на основе глубинных убеждений, чаще формулируются как правила, предположения, жизненные принципы.

Автоматические мысли — это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей (A. Beck, 1964). Автоматические мысли возникают спонтанно и не основаны на рефлексии (размышлении, обдумывании). Люди в большей степени осознают эмоции, связанные с определенными автоматическими мыслями, чем собственно мысли. Однако этому легко научиться. Значимые мысли вызывают специфические эмоции в зависимости от содержания. Они часто короткие и мимолетные и могут принимать вербальную и/или образную форму. Люди обычно принимают свои автоматические мысли за истину, без размышлений или трезвой их оценки. Выявление и оценка автоматических мыслей, а также рациональный (адаптивный) ответ на них способствуют улучшению самочувствия пациента (Джудит Бек, 2006). Автоматические мысли формируются под влиянием промежуточных и глубинных убеждений, их может быть огромное количество: чем глубже уровень, тем

меньше установок. Все установки можно представить себе в виде перевернутой пирамиды, основание которой — автоматические мысли, а вершина — глубинные установки. Когнитивная карта — это графически представленная взаимосвязь между установками разных уровней, приводящих к проблемам в эмоциональной и/или поведенческой сфере.

На рис. 4 приведен пример когнитивной карты пациента, страдающего алкогольной зависимостью (По Р. МакМаллин «Практикум по когнитивной терапии»).



Рис. 4. Пример когнитивной карты пациента

Графически взаимосвязь установок разных уровней показана на рис. 5 (см. с. 80).

Когнитивные ошибки

Когнитивная модель терапии исходит из предположения о том, что негативные эмоции, симптомы связаны с определенными искажениями мышления (когнитивными искажениями).

Выделяются следующие наиболее часто встречающиеся типы искажения мышления (A. Beck):

1. Чтение мыслей. Искажение, при котором вы, не имея для этого достаточных оснований, считаете, что знаете, что думают люди. Например: «Она считает, что я неудачник».

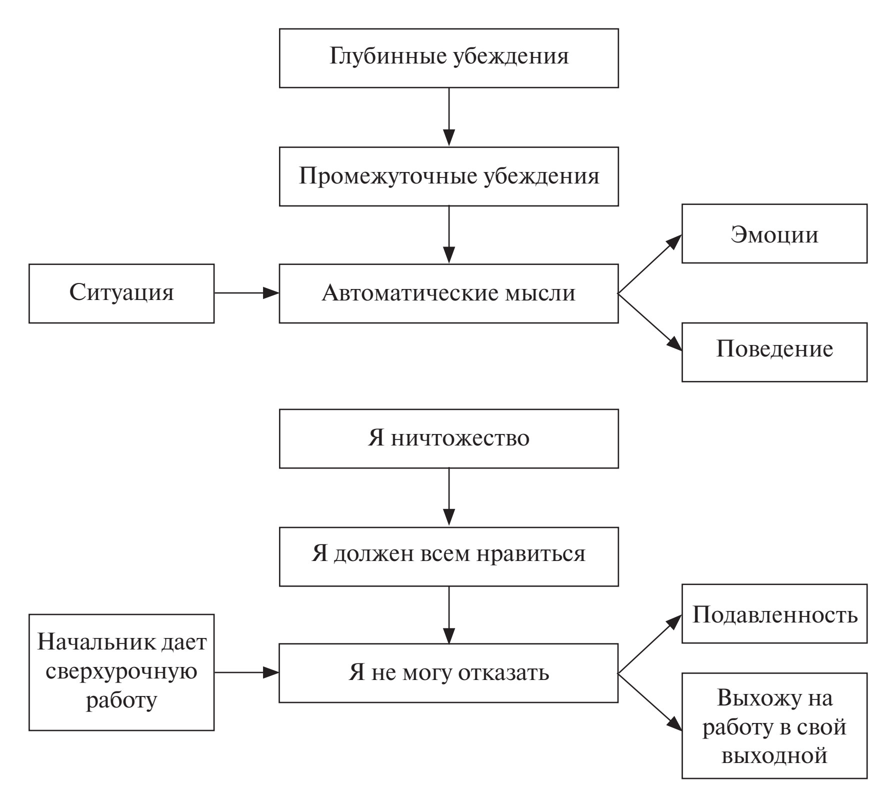


Рис. 5. Взаимосвязь установок разных уровней

2. Предсказание будущего. Вы предвидите свое ближайшее или отдаленное будущее. Например: «Любые мои попытки знакомства окончатся неудачей» или «Я провалюсь на собеседовании».

3. Катастрофизация. Вы считаете, что то, что произойдет, будет настоящей катастрофой, которую невозможно вынести. Например: «Это ужасно, если меня не примут».

4. Наклеивание ярлыков. Вы глобально оцениваете себя или другого человека по отдельным характеристикам. Например: «Я трус» или «Он недостойный человек».

5. Девальвация позитива. Вы приуменьшаете значение позитивных достижений или характеристик, оценивая их как тривиальные. Например: «Такого выступления можно ожидать от любого».

6. Негативный фильтр. Вы концентрируетесь только на негативных результатах, игнорируя позитивные. Например: «Никто не проявил интереса ко мне. В моей жизни были только провалы».

7. Сверхгенерализация. Вы делаете глобальные обобщения на основе единичного случая. Например: «Сегодня мой друг даже не обратил на меня внимания. Я никому не нужен».

8. Дихотомическое мышление. Вы мыслите в категориях «все или ничего». Например: «Зачем пытаться еще раз, если ничего не получается».

9. Долженствование. Вы интерпретируете события с позиции долженствования (какими они должны быть), а не с позиции какими они являются. Например: «Я должен достигнуть этого положения, иначе я неудачник».

10. Персонализация. Вы целиком приписываете ответственность за произошедшие события себе, не учитывая, что и другие тоже несут часть ответственности. Например, жена алкоголика, возобновившего потребление: «Я должна была предвидеть этот срыв и принять меры».

11. Обвинение. Вы считаете, что другой человек несет полную ответственность за ваши чувства и состояние. Например: «Это он виноват в том, что я чувствую себя никчемной».

12. Неадекватные сравнения. Вы интерпретируете события с использованием стандартов, которые являются недостижимыми для вас. Например: «Другие получили при тестировании более высокие оценки».

13. Ориентация сожаления. Вы фокусируетесь больше на прошлых достижениях, чем на настоящем исполнении, которое заслуживает сожаления: «Раньше я мог выступать несколько часов».

14. Что если? Вы задаете вопросы, касающиеся возможного развития событий, и никогда не удовлетворены никаким ответом на ваш вопрос. Например: «Что если страхи возобновятся?» или «Что если наши отношения с мужем вновь разладятся?».

15. Эмоциональное мышление. Ваша интерпретация действительно определяется вашими чувствами. Например: «Я чувствую тревогу, будущее моего предприятия опасно».

16. Невозможность опровержения. Вы отвергаете любую возможность, которая противоречит вашей негативной мысли. Например, мысль «Я отвергнут всеми» не позволяет увидеть и принять факты, которые противоречат ей.

17. Фокусирование на оценке. Вы сфокусированы не на описании событий, окружающих людей или себя, а на оценке. Например: «Я провально справился с последней работой», «Он сыграл партию совсем плохо» и т. д.

Когнитивная терапия — это структурированный подход. Она включает ряд обязательных этапов.

Первый этап — приобщение клиента к философии когнитивной терапии. На этом этапе пациент получает представление о том, как мысли, установки влияют на эмоции и поведение.

Следующий этап — этап идентификации когниций — ставит задачу научить клиента отслеживать и распознавать свои когниции (как в образной, так и в вербальной формах), фиксировать их.

Далее пациент совместно с терапевтом анализируют идентифицированные когниции, имеющие отношение к симптомам и проблемам, оценивают их истинность и адаптивность и намечают другие способы и правила интерпретации проблемных ситуаций (этап оценки и опровержения дисфункциональных когниций и замещения их адаптивными).

Этап закрепления новых адаптивных когниций — это этап перевода работы с пациентом из кабинета психотерапевта в реальные ситуации повседневной жизни.

Когнитивная психотерапия — это обучающе-директивная форма терапии. В процессе ее прохождения пациент приобретает ряд навыков и умений: навыки отслеживания негативных автоматических мыслей и представлений, обнаружение их связи с негативными эмоциями и симптомами, умение проверять их истинность или ложность, формировать более реалистические адаптивные представления и правила, действовать в соответствии с ними в повседневной жизни.

Далее описаны основные техники когнитивной терапии, позволяющие работать на трех уровнях «глубины» проблемы. Каждая техника представлена в структурированной форме. Как правило, дается ее описание, возможные сложности, возникающие при ее использовании, в большинстве случаев прилагаются формы, ускоряющие понимание последовательности необходимых действий и облегчающие самостоятельную работу пациента.

Приобщение к философии когнитивной терапии

Техника: Как мысли вызывают чувства

Задачами данной техники являются демонстрация пациенту и принятие им следующих постулатов:

1. Мысли и чувства — это разные феномены опыта человека.
2. Мысли вызывают чувства.

До начала работы с собственно техникой клиенту объясняют, что внутренний опыт человека включает ряд компонентов, в том числе чувства и мысли. Если мысли легко соотносятся с объектами и событиями внешнего мира, человек может выделить содержание мыслей и воспринимать его как факт объективного мира, то применительно к чувствам такой легкой дифференцировки не возникает. Когда индивид говорит: «Эта горячая вода сильно жжет», — то он фокусирует внимание, прежде всего, на чувстве как факте внутреннего опыта. И для него

его чувства — это бесспорный факт, даже если посторонние попробуют убедить его в обратном, например, в том, что вода не жжет.

В когнитивной терапии мы не подвергаем сомнению испытываемые пациентом чувства. Они — факт внутреннего опыта. Когда человек говорит: «Я испытываю страх, депрессию, злость» и т. д. — это равносильно тому, если бы он сказал: «Эта горячая вода обжигает».

Терапевт далее объясняет, что когниции (суждения, установки) связаны с чувствами. Они могут усилить или уменьшить их. Женщина, находящаяся одна в загородном доме, испытает разные эмоции при звуке хлопнувшей ставни окна в зависимости от того, что она подумает: «Лезет вор» или «Опять я забыла закрыть окно» или «Паршивый кот опять убежал из дома» и т. д.

Начиная технику, можно спросить клиента, как он думает, что легче изменять — мысли или чувства. При признании мыслей более легким объектом изменения можно пойти дальше. Прежде чем изменять мысли, надо понять, что определенные мысли вызывают соответствующие чувства. Давайте пофантазируем (пациентка — молодая женщина). Вы смотритесь в зеркало и неожиданно для себя обнаруживаете прядь седых волос. Что вы испытаете, если подумаете: «Я начинаю стареть». Скорее всего, легкое огорчение. А если подумаете: «Вот к чему приводят все эти конфликты на работе», — скорее всего вы испытаете злость.

При выполнении техники необходимо обратить внимание клиента на то, что мысли, вызывающие чувства, часто мимолетны, не фиксируются им. Поэтому, чтобы отследить их, необходима определенная фокусировка на внутреннем саморазговоре.

Предлагаемые упражнения лучше помогают понять связь мыслей с чувствами.

Домашние задания:

Целью домашних заданий является закрепление понимания связи между мыслями и чувствами. Пациенту предлагается использовать форму, представленную в табл. 6. Фиксировать эпизоды негативных чувств в течение дня и записывать мысли, вызвавшие данные чувства, сделав понятной связь между мыслями и чувствами.

Работа на уровне автоматических мыслей

Техника: Различение мыслей и фактов

Целью данной техники является освоение клиентом навыка дифференциации фактов и мыслей.

Мысли — это гипотезы об окружающей действительности. Они могут быть истинными и ложными. Даже тогда, когда индивид убеж-

ден в истинности своих мыслей, это не делает их правильным описанием реальности. Человек может думать: «Мое выступление — это полный провал», но эта мысль может соответствовать, а может не соответствовать реальному положению дел. Так же как далее он может подумать: «Какой я осел». Понятно, данная мысль не означает, что он превратился в осла.

В процессе проведения когнитивной терапии пациент обучается не только идентифицировать мысли, связанные с проблемой или симптоматикой, но и исследовать их истинность, соответствие их реальности. Пример переформулирования деструктивных мыслей показан на рис. 6.

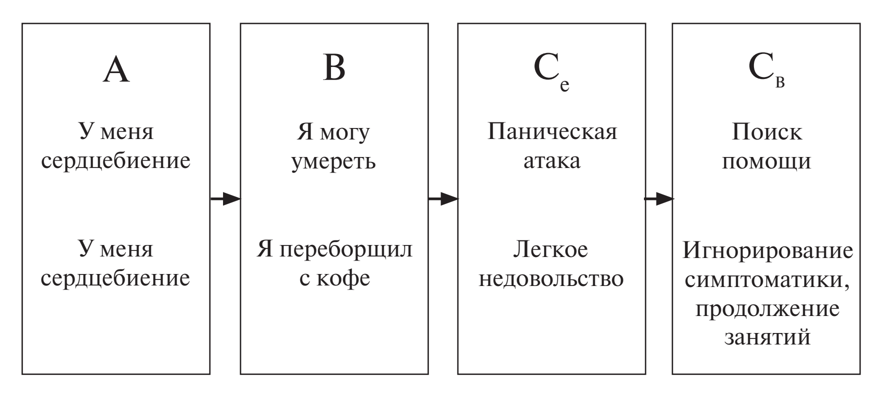


Рис. 6. Последовательность идентификации и переформулирования деструктивных мыслей

Представленная формула АВС может помочь клиенту понять, какие последствия имеют различные мысли.

Анализ таких примеров помогает осознать, как мысль становится программой возможного поведения, самореализующихся пророчеств. Например, человек, думающий: «Я потерплю полный провал на экзамене», ощутит безнадежность, упадок сил, а на поведенческом уровне прекратит активные усилия в подготовке к экзамену и поэтому может потерпеть провал. Поэтому приобретение навыка рассматривать свои мысли как гипотезы — существенный элемент в когнитивной терапии. Освоению такого навыка помогает структурированное упражнение, приведенное в табл. 3. В левой колонке клиент записывает свои негативные мысли о проблемной ситуации, в правой колонке он приводит другие возможные факты, относящиеся к данной ситуации, ее интерпретации.

Таблица 3

Пример структурированного упражнения

Негативная мысль	Другие факты о данной ситуации
Я провалюсь на экзамене	Я знаю большую часть экзаменационных программ. Об остальном я имею определенное представление

Приемы, вводящие технику:

Клиенту объясняется, что мысли и факты — это разные явления. Мысль, которая не подвергается сомнению, становится убеждением. Какие-то мысли легко подвергнуть сомнению, рассматривать их как гипотезы, другие труднее. Из двух мыслей: «Я провалюсь на экзамене», «Я осел» — понятно, что вторую человек не будет даже рассматривать как гипотетический факт, но зато первую он с достаточной энергией будет утверждать как факт и доказывать ее обоснованность. Задача техники — научиться рассматривать свои мысли как гипотезы, дифференцировать мысли и факты.

Домашние задания:

Пациенту предлагается выбрать 1–2 события, эмоционально затронувшие его в течение дня, и проанализировать их, используя две формы (табл. 4, 5).

1. Форма АВС.

А — активирующее событие, которое вызвало определенные последствия, например, предстоящий неприятный разговор с руководителем, который рассматривается через призму мыслей: «Ничего хорошего не будет. Все может закончиться увольнением» и сопровождается беспокойством, тревогой.

Таблица 4

Пример домашнего задания

А — активирующее событие	В — мысли	С — последствие чувства	С — последствие поведения

2. Форма. Мысли — другие возможные факты.

Таблица 5

Пример домашнего задания

Негативные мысли	Другие возможные факты

Возможные трудности

Для некоторых пациентов мысли — это и есть факты. Поэтому сомнение в истинности их мыслей со стороны терапевта такими пациентами может восприниматься, как недоверие и критичность к ним как к личностям. Осознание ими такого отождествления помогает преодолеть сопротивление когнитивной терапии.

Очень важно, чтобы пациент понимал, что осваивает новую стратегию проверки истинности своих мыслей. Исследование фактов не означает, что пациент не прав, его негативные мысли могут соответствовать реальности.

Техника: Оценка интенсивности эмоций и степени убежденности в истинности мыслей

Цель техники — научить пациента различать степень выраженности эмоций и убежденности в мыслях.

Для фиксации работы используется форма ABC (табл. 6).

Таблица 6

Форма регистрации негативных мыслей и эмоций

A Событие	B Негативная мысль и степень убежденности, % (0—100 %)	C Эмоции и интенсивность эмоции, % (0—100 %)

На следующих этапах человека обучают подвергать критике автоматические мысли и альтернативные (более реалистичные) варианты оценки событий.

Работа на уровне промежуточных и глубинных убеждений

Техника: Вертикальный спуск

Автоматические мысли, идентифицируемые индивидом, являются поверхностным уровнем когнитивной структуры, связанной с проблемной ситуацией. При прояснении личностного смысла конкретных автоматических мыслей мы можем выявить установки, стоящие за мыслями. Исследование их позволяет ослабить убежденность в истинности и достигнуть дистанцирования. При использовании данной техники терапевт повторно задает вопросы о событии типа: «Представим, что ваши предположения окажутся истинными, что случится? Если это произойдет, что это значит для вас? Почему это беспокоит вас? Почему это является проблемой для вас?»

Разберем конкретный пример.

Пациент испытывает постоянную тревогу, начиная новую работу.

Автоматическая мысль: «Я не смогу справиться с этой работой».

Терапевт: Как Вы думаете, что может тогда произойти?

Пациент: Я буду не на высоте.

Терапевт: Если Вы будете не на высоте, что это значит?

Пациент: Я окажусь несостоятельным.

Терапевт: Если Вы окажетесь несостоятельным, то что произойдет?

Пациент: Меня перестанут ценить окружающие.

Терапевт: Если Вас перестанут ценить окружающие, то что случится?

Пациент: Я не буду принят ими.

Терапевт: Ну, а если Вы не будете приняты окружающими, то что случится?

Пациент: Я буду несчастлив.

Терапевт: Если Вы будете несчастливы, то что?

Пациент: Это ужасно.

Терапевт: Какое же основное предположение стоит за всеми этими мыслями? Попробуйте сформулировать его.

Пациент: Я нуждаюсь в принятии людьми, чтобы быть счастливым.

Как видно из вышеописанного примера, техника дает возможность прояснить содержание более глубоких страхов, которые пациент ясно не осознает. При этом содержание страхов всегда идеосинкразично. Пациенты, имеющие однотипные симптомы (например, страхи), будут иметь совершенно различные представления и убеждения. В некоторых случаях полезно представить уровни страха по аналогии со схемой, представленной на рис. 7.

Следующий пример представлен в графическом виде. Пациент рассказывает о ситуации, когда он уходит от всех острых проблем, в том числе и дома в общении с близкими. Терапевт предлагает выбрать

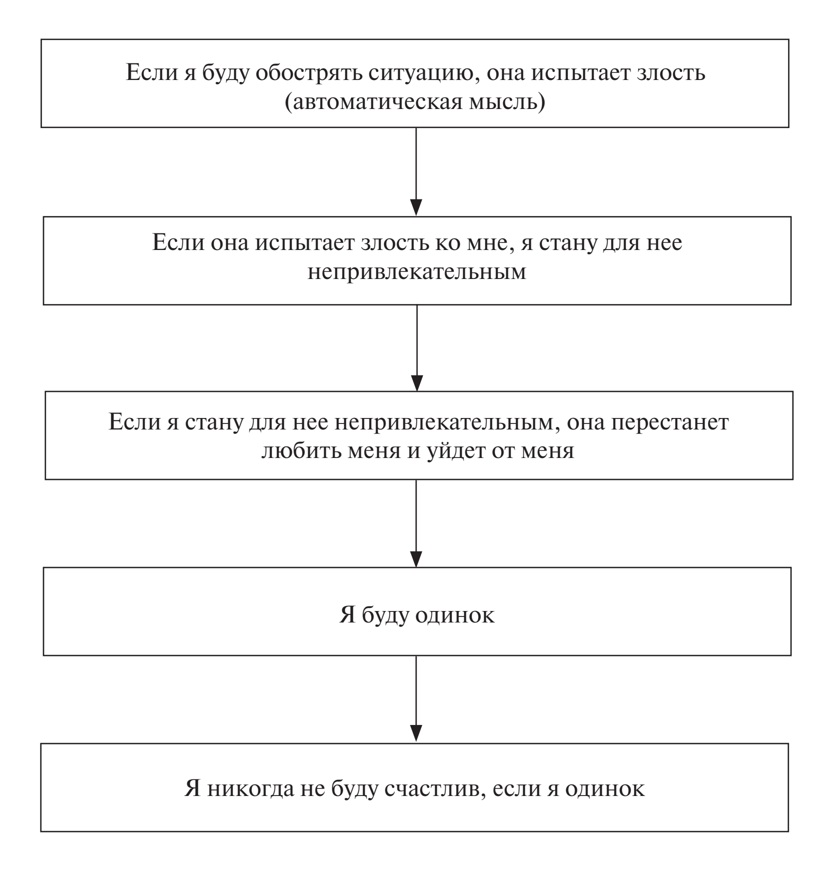


Рис. 7. Уровни интенсивности выраженности страха

наиболее актуальную сферу отношений и проработать ее. Клиент выбирает отношения с женой.

Данная техника является часто используемой и продуктивной, поскольку позволяет проработать 3 уровня когниций индивида. При использовании техники в некоторых случаях терапевт должен проявить настойчивость. Например, пациент со страхом сдачи экзамена заявляет: «Я провалюсь и не получу аттестата». На вопрос: «А что это будет значить для Вас?» — может ответить, что провал и есть главное в этом событии. Углубленное прояснение с помощью варьирующих повторных вопросов, приведенных выше, позволит ему понять более глубокий смысл его страхов. В некоторых случаях страхи связаны с образными фантазиями.

Домашнее задание:

Пациент может использовать специальную форму для выполнения техники «вертикальный спуск» для проработки негативных мыслей (рис. 8).

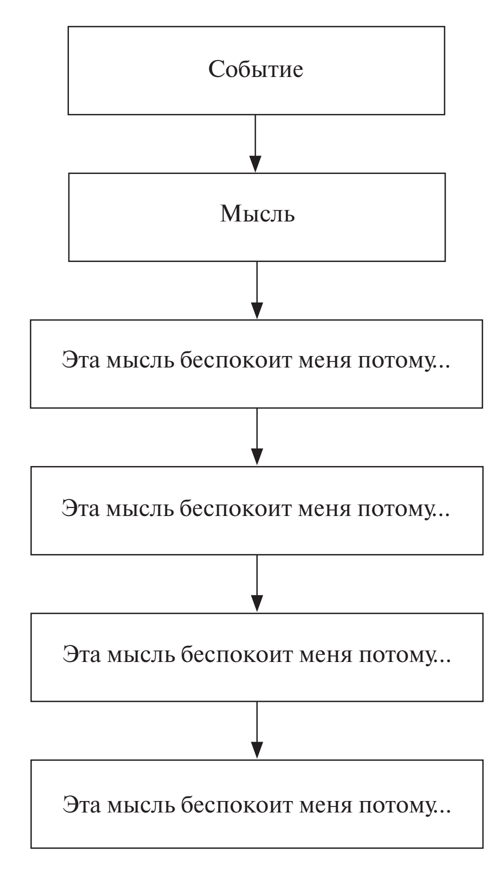


Рис. 8. Форма для выполнения техники «вертикальный спуск»

Техника: Оценка вероятности последовательных событий

После выполнения техники «вертикальный спуск» пациенту предлагается оценить отдельно последовательную вероятность возникновения каждого события, как они представлены в виде ступеней в технике «вертикальный спуск». Пациенту поясняется, что важна субъективная оценка вероятности, то есть какова она в субъективном

представлении самого человека, что она может существенно отличаться от истинной вероятности.

Вопросы, приемы, вводящие в технику

А сейчас отдельно оцените вероятность возникновения каждого события. Оцените ее в процентах от 0 до 100. Для некоторых клиентов можно прояснить значение понятия вероятность на примере выпадения орла или решки при подбрасывании монеты (вероятность выпадения орла будет 50 %) или выпадения шестерки при бросании кубика (вероятность будет равна ~ 16 %).

Вероятность каждого события оценивается отдельно. В конце подсчитывается вероятность последнего события в последовательности с учетом вероятности возникновений предыдущих событий. Она равна результату умножения всех вероятностей.

Если вероятность низка, клиенту предлагается задуматься над этим выводом. Некоторые пациенты даже при малой вероятности сохраняют убеждение, что они-то как раз и попадут в эту когорту, то есть требуют 100 % определенности, что данное событие не произойдет. В таких случаях им предлагается оценить ущербы и выигрыши при сохранении такой установки.

Возможно использование формы «вертикального спуска» с оценкой вероятностей отдельно для каждой мысли. Отдельной строкой записывается вероятность возникновения последнего события.

Техника: Идентификация убеждений и правил

Позволяет выявлять более глубокий уровень ригидных правил долженствования, стандартов, если.., то... положений. Эти правила увеличивают уязвимость человека к тревоге, депрессии, агрессии.

Только ригидные императивные «абсолютистские» правила создают проблемы для инвалида.

Правила если.., то... подразумевают определенную связь (в теории А. Эллиса — иррациональные установки) событий «если что-то случится, то истинным будет то-то и то-то». Например: «Если я не имею полной информации о человеке, я не могу ему доверять»; «Если кто-то не принимает меня, то я не любим»; «Если я не преуспеваю во всем, то я неудачник»; «Если я делаю ошибку, то я должен критиковать себя». Долженствование — это правила, предписывающие определенную линию поведения и ход развития событий. Они могут быть обращены к себе, к другим, к миру. «Я не должен открыто проявлять свои чувства, я должен быть сдержан в проявлении своих чувств». «Я должна иметь друга, чтобы быть счастливой». «Окружающие должны принимать и ценить меня». «Люди должны быть порядочными». «Окружающий мир должен быть предсказуем. Ужасно, если тебя бросают».

Приемы, вводящие в технику

Пациенту поясняется, что в своем поведении люди исходят из определенных убеждений и правил типа: «Я должен сделать эту работу лучше, чем другие. Если я потерплю неудачу сейчас, неудачи будут преследовать меня и дальше» и т.д. Подчеркивается, что правила и убеждения не всегда осознаются пациентом, хотя направляют его поведение и вызывают эмоции.

Отмечается различие ригидных, абсолютистских, императивных правил и убеждений и адаптивных, гибких правил. Объясняется, что правила, убеждения, суждения не являются фактами, что это персональные когнитивные структуры, которые могут быть как истинными, так и ложными, правильно отражать или не отражать реальность. И поскольку они не являются безусловным фактом, после идентификации необходимо оценить, проверить, насколько правильно они отражают реальность. Полная уверенность в их истинности не делает их истинными.

Особенно трудно поддаются проверке реальности убеждения, культурально разделяемые обществом. Например: «женщина должна быть замужем», «необходимо быть успешным, чтобы чего-то стоить», и др.

Примеры прояснения правил

Терапевт: Вы говорите, что чувствуете себя ужасно после разрыва с N. Давайте попробуем понять, что означает для Вас разрыв с N.

Пациентка: Я осталась одна.

Терапевт: Я понимаю Ваши чувства, но что из того следует?

Пациентка: Я останусь теперь одна.

Терапевт: Да, теперь Вы одна, ну и что?

Пациентка: Но это ужасно быть одной. У взрослой женщины должен быть мужчина.

Техника: Анализ ущерба и приобретений

Осознание связи испытываемых негативных эмоций с идентифицированными установками (промежуточного и глубинного уровней) не всегда равносильно желанию пересматривать их. Анализ ущерба и приобретений позволяет пациенту лучше осознать свою мотивацию к дальнейшим изменениям данных мыслей, сделать более осознанный выбор в пользу их изменения.

Приемы, вводящие в технику

Клиенту объясняется, что каждая мысль, даже дезадаптивная, может давать ему приобретение и приводить к утратам. Если оценить процент приобретения и процент утрат, то такое соотношение пока-

жет, какие тенденции у него преобладают. Но в сумме процент приобретений и утрат должен быть равен 100 %, при равенстве приобретений и утрат соотношение будет 50 на 50 %. Далее предлагается по очереди, используя форму, начать оценивать каждую автоматическую мысль (табл. 7).

Таблица 7

Форма оценки автоматических мыслей

Мысль	
Приобретения	Утраты
Результаты	
Приобретения = ______ %	Утраты = _______ %
Приобретения — утраты =	Утраты — приобретения =
Выводы:	

При использовании техники возможны следующие проблемы.

Пациент отрицает возможность приобретений от негативных мыслей. В таком случае терапевт предлагает различные варианты таких приобретений. Например, при мысли: «У меня будет приступ панической атаки при поездке в метро» пациент уходит от соприкосновения с чувством беспомощности, дискомфорта, избегает ответственного риска, избегает возможного провала и негативной оценки себя. Пациенту предлагается записывать все, даже фантастические выводы, которые приходят ему в голову. Можно продемонстрировать пациенту, что такие быстрые сиюминутные позитивные подкрепления (уход от этих негативных переживаний) противоречат отдаленным результатам.

Выводы строятся на основе анализа соотношений между ущербами и приобретениями (при наличии проблем у клиента, в том числе связанных с симптомами, ущербы всегда преобладают) и должны сводиться к конструированию новой установки (предположение), например: «У меня может возникнуть приступ паники, но это не смертельно опасно. Справившись раз, я буду легче преодолевать их в дальнейшем».

Более усложненный вариант техники может включать оценку новой установки с точки зрения приобретений и утрат.

Суммацией работы по выявлению автоматических мыслей и установок промежуточного и глубинного уровней является когнитивная концептуализация (подробное описание в книге Джудит Бек «Когнитивная терапия», 2006). Уже с первой сессии психотерапевт начинает формулировать концептуализацию данного случая, которая логически объединяет выявленные у пациента автоматические мысли с более глубокими структурами мышления, убеждениями. Когнитивная концептуализация позволяет видеть четкий фокус работы по изменению установок промежуточного и глубинного уровней. Работа психотерапевта становится более последовательной и осмысленной.

Когнитивное содержание эмоциональных расстройств

Каждое расстройство имеет свое когнитивное содержание.

Когнитивная модель депрессии. Преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической утраты. Когнитивная триада депрессии включает:

1. Негативные представления о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.
2. Негативная оценка окружающего мира и внешних событий: «Мир беспощаден ко мне! Почему именно на меня все это наваливается?».
3. Негативная оценка будущего: «А что тут говорить? У меня просто нет будущего!».

Кроме того: повышенная зависимость, паралич воли, суицидальные мысли, соматический симптомокомплекс.

Когнитивная модель тревожных расстройств. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает, что произойдут события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и других ценностей. Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, обычно человек может контролировать свое неправильное восприятие, используя логику. Тревожные пациенты испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности, и ин-

дивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к овладению ситуацией.

Когнитивная модель фобии. Это преувеличенное и хроническое переживание реальной или гипотетической опасности или угрозы. Фобия — преувеличенное и хроническое переживание страха. Например, клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств. Основные темы:

а) предвосхищение отрицательных событий в будущем, так называемая «антиципация всевозможных несчастий». При агорафобии: страх умереть или обезуметь;
б) расхождение между высоким уровнем притязаний и убежденностью в собственной некомпетентности («Я должен получить оценку „отлично" на экзамене, но ведь я же неудачник, ничего не знаю, ничего не понимаю»);
в) опасение потерять поддержку;
г) устойчивое представление о неизбежном провале в попытке наладить межличностные отношения, оказаться униженным, осмеянным или отвергнутым.

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любые необъяснимые симптомы или ощущения как признак неминуемой катастрофы. Главную черту людей с паническими реакциями составляет наличие убеждения в том, что их витальные системы: сердечно-сосудистая, респираторная, центральная нервная — терпят крах. Из-за страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит — они не способны реалистически воспринимать свои ощущения и воспринимают их катастрофически. Пережив один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, они начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья, что может привести к полному разворачиванию панического приступа.

Когнитивная модель обсессий и компульсий. Пациенты с обсессиями подвергают сомнению ситуации, которые большинство людей считают безопасными. Обсессивные пациенты постоянно сомневаются в том, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (закрыли ли дверь, выключили ли газ и т. д.). Они могут бояться заражения микробами, и никакое разубеждение не устраняет страх. Главная черта обсессивных пациентов — чувство ответственности и убеждение, что именно они отвечают за совершение действия, которое может повредить им и их близким.

Компульсивные пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя ритуалы, предназначенные для нейтрализации и предупреждения несчастья. Так, компульсивное мытье рук основывается на убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела.

Психотерапевтические взаимоотношения

Для когнитивной психотерапии характерно глубокое уважение к пациенту и вера в его возможность быть полноценным и равноправным партнером в психотерапевтическом процессе. Терапевтические взаимоотношения характеризуются как практическое сотрудничество, совместный эксперимент. Пациент получает полную информацию о представлениях и методах, лежащих в основе психотерапевтического процесса. С ним же совместно формулируются цели и задачи предстоящей работы, в соответствии с которыми структурируются последующие терапевтические сеансы. Когнитивный психотерапевт может быть охарактеризован как «гид», активный, гибкий и способный оказать поддержку; не должно быть директивности. Пациент и терапевт должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать. Именно решение проблем, а не изменение личностных характеристик или недостатков пациента является основной задачей психотерапии.

Обычно такие сеансы проводятся 1–2 раза в неделю. Существует краткосрочный вариант когнитивной психотерапии (10–12 сеансов). При более серьезных проблемах работа может занимать до 30–50 сеансов и более. После завершения всего курса терапии рекомендуется «поддерживающий» режим более редких встреч.

Отличительной чертой и важным преимуществом когнитивной психотерапии является развитие навыков саморегуляции, то есть обучение пациента целому ряду приемов, позволяющих ему самостоятельно справляться с вновь возникающими негативными переживаниями и жизненными проблемами. Фактически, пациент становится психотерапевтом для самого себя. Он активный участник лечебного процесса, активно выполняющий задания в промежутках между сессиями. Оппоненты когнитивно-поведенческого направления психотерапии связывают высокую эффективность направления с тем, что психотерапия продолжается даже после ее официального завершения. То есть пациент продолжает применять освоенные навыки на практике.

Область применения

Когнитивно-поведенческое направление в настоящий момент занимает фактически все ниши: от лечения параноидного бреда и влияния на поведение при императивных галлюцинациях до психологического консультирования подростков. Лечение пациентов, страдающих зависимостями, тревожными, депрессивными расстройствами, нарушениями пищевого поведения, биполярным аффективным расстройством, сексуальными дисфункциями — вот далеко не полный перечень областей применения.

Оценка эффективности когнитивной психотерапии

Когнитивная терапия основана на идее о том, что слова и мысли людей оказывают влияние на их эмоциональное состояние и поступки. Вместе с тем параллельно сознательным возникают также мысли, которые не осознаются — это так называемые «автоматические» мысли. Данные мысли состоят из идей, которые представляются другим людям иррациональными, однако самому человеку кажутся вполне обоснованными, а также правил и законов, в соответствии с которыми человек судит о своих поступках и планирует стратегии поведения, что может привести к неадаптивным действиям. Люди реагируют на события, исходя из того смысла, который они сами им приписывают. Результатом же интерпретаций события являются эмоции. Интерпретации, содержащие искажение реальности, ведут к эмоциональным расстройствам, которые в действительности являются расстройствами мышления. Когнитивная терапия пытается ослабить эмоциональные расстройства за счет коррекции ложных интерпретаций реальности и ошибочных суждений. Задача когнитивной терапии именно в том, чтобы научить человека понимать, как он осмысливает ситуацию, интерпретирует ее, что замечает, а что игнорирует, почему такая оценка вызывает у него определенные чувства и действия. Это позволяет справляться с собой, не отрезая пути к решению проблемы, не лишая себя контактов с другими людьми.

Между психотерапевтом и пациентом устанавливаются отношения сотрудничества с сосредоточением внимания на разрешение проблем, а не исправление личностных недостатков.

Когнитивная терапия имеет ряд особенностей:

1. Естественно-научный фундамент: наличие собственной психологической теории нормального развития и факторов возникновения психической патологии.

2. Высокая эффективность, подтвержденная многочисленными исследованиями, проведенными в разных нозологических группах: депрессии, тревожно-фобические расстройства, психосоматические заболевания, одиночество, анорексия, булимия, личностные расстройства, шизофрения; эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии наиболее обоснована, по сравнению с другими направлениями.

3. Мишень-ориентированность и технологичность: для каждой нозологической группы существует психологическая модель, описывающая специфику нарушений.

4. Краткосрочность и экономичность подхода (в отличие, например, от психоанализа): от 10–20 сеансов.

5. Наличие интегрирующего потенциала, заложенного в теоретических схемах когнитивной терапии.

6. Отличительной чертой и важным преимуществом когнитивной психотерапии является развитие навыков саморегуляции, то есть обучение пациента целому ряду приемов, позволяющих ему самостоятельно справляться с вновь возникающими негативными переживаниями и жизненными проблемами.

Вышеперечисленные преимущества привели, например, к тому, что в большинстве стран Европы и США когнитивно-поведенческая психотерапия оплачивается страховыми компаниями.

Часть III
Психодинамическое направление

Глава 6
КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

В 1896 г. в статье об этиологии неврозов австрийский врач Зигмунд Фрейд впервые использует слово «психоанализ» для обозначения своего метода исследования и лечения психики.

Связав греческие корни — «психо» — душа и «анализ» — разложение, расчленение, З. Фрейд соединяет гуманитарный, философский и естественно-научный подходы. «Психо» напоминает поэтику греческих мифов о Психее, человеческой душе, а «анализ» — термин, взятый из химии, открывает возможность научного изучения сложных иррациональных, нематериальных феноменов душевной жизни. В дальнейшем в своих работах Фрейд будет постоянно подчеркивать тесную связь духовного и телесного, биологического и психического, поэтического и научного. Термины для новой науки он возьмет из греческих мифов и трагедий — «эдипов комплекс», «нарциссизм», «эротизм». А химические термины будет использовать для метафор — «осадки воспоминаний», «разложение аффектов».

До открытия собственного метода З. Фрейд занимался научными исследованиями в области гистологии, физиологии и невропатологии. Проходил стажировку в неврологической клинике Сальпетриер, работал врачом в Берлине, заведовал неврологическим отделением в Венском институте детских болезней. Не находя действенных способов лечения нервных заболеваний, Фрейд активно пробовал все новое — практиковал гипноз, электротерапию, продолжал исследования патогенеза нервных и психических заболеваний.

Применение гипноза постепенно стало для него не столько лечебным средством, сколько диагностическим — Фрейд использует гипноз с целью более полного изучения истории и личности пациентов. Именно изучение прошлого пациентов становится наиболее важным для понимания причин болезней.

В 1880 г. покровитель и наставник З. Фрейда известный врач общей практики Йозеф Брейер начал лечить от истерии молодую де-

вушку Берту Паппенгейм. У пациентки наблюдались разнообразные истерические проявления, сопровождавшиеся нарушением зрения, речи, потерей чувствительности, парезами, психической спутанностью.

Берта была молода, прекрасно образованна и хороша собой. Кроме того, она ужасно страдала. Периодически она не могла пить, ее мучил удушливый кашель, она переставала говорить или забывала родной язык. Брейер с сочувствием отнесся к пациентке, но помочь ей традиционными медицинскими средствами не мог. Все, что он мог сделать, — регулярно посещать больную и разговаривать с ней о ее состоянии. Но именно эти разговоры неожиданно стали приносить облегчение. В результате подробного обсуждения обстоятельств возникновения симптомов они исчезали.

Сама Берта назвала новый метод лечения «*talking cure*» — «лечение разговором». Проблема заключалась только в том, что часто пациентка не помнила ничего об обстоятельствах возникновения тех или иных недомоганий. В нормальном состоянии она ничего не помнила. Но, впадая в спутанное состояние сознания, удивительно точно описывала не только все происходившее с ней, но и свои мысли, чувства, фантазии по поводу случившегося. Именно эти обстоятельства и находили впоследствии свое отражение в вычурных и, на первый взгляд, совершенно непонятных симптомах. Пережив еще раз в трансе тяжелые эмоциональные состояния, почувствовав боль душевную, Берта избавлялась от физической боли.

Заметив связь между эмоциональным отреагированием прошлых событий и улучшением самочувствия больной, Брейер начал применять гипнотерапию. В гипнозе пациентка вспоминала и переживала все, что происходило с ней и что в сознательном состоянии не могла вспомнить. Брейер предположил, что подавленные эмоции вызывают телесные недуги пациентки, а сильные переживания и возможность рассказать о них в процессе гипноза позволяют освободиться от тяжелых чувств и заместивших их симптомов.

Брейер называет свой метод «катарсическим», используя терминологию древнегреческого религиозного врачевания. По учению Аристотеля, трагедия, возбуждающая в зрителях сострадание и страх по поводу чужих проблем, производит безопасное и безвредное временное разряжение собственных тяжелых аффектов.

Брейер обсуждает курс лечения Берты Паппенгейм с З. Фрейдом. Они вместе готовят отчет об этом клиническом случае, и Берта Паппенгейм, переименованная из соображений конфиденциальности в отчетах Брейера в Анну О., остается в истории первой пациенткой и первым мифом психоанализа, которого, к слову, еще и не существовало.

Сам метод Брейера, хотя и произвел впечатление на З. Фрейда, не удовлетворил его до конца. Катарсис, как и предупреждал Аристотель, давал лишь временное облегчение. Вместо исчезнувших симптомов возникали новые. Но использование катарсического метода позволило Фрейду начать построение теоретической и практической базы психоанализа, создать топическую модель психики и понять этиологию неврозов.

Симптомы психических заболеваний перестают быть странными и бессмысленными. Напротив, симптом всегда имеет смысл. Он детерминирован сильными эмоциональными переживаниями, связан с обстоятельствами этих переживаний. Симптом символически воспроизводит то, что человек хотел бы забыть, но не может забыть до конца.

Фрейд делает вывод — заболевание возникает, если при всех патогенных положениях подавлять возбуждение, вместо того чтобы избавляться от него словами или действиями. Подавленное возбуждение не исчезает, удаляется из сознания, трансформируется и возвращается в виде симптома. Истерические больные больны воспоминаниями. Симптом позволяет им забыть свои чувства, не осознавать их, но и не отпускать, страдая, они постоянно неосознанно воспроизводят травмирующие обстоятельства.

Но что происходит с воспоминаниями о столь значимых и мучительных событиях, если пациент не в состоянии о них вспомнить и осознать? Где находятся эти воспоминания, удаленные из сознания? Вне сознания, без сознания? Случай с Анной О., собственная практика, изучение снов, простой забывчивости и ошибочных действий дают неопровержимое доказательство наличия таких психических процессов, которые совершаются без участия сознания.

Фрейд предпринимает попытку осмыслить психическую деятельность в ее целостности, преодолеть разрыв между представлениями научной психологии о тождестве сознания и психики (В. Вундт) и философией, аппелирующей к иррациональному в толковании жизни души (Г. Лейбниц, И. Кант, Г. Гегель, А. Шопенгауэр, Э. Фон Гартман).

Фрейд разделяет психику на область сознательного и бессознательного. Именно в бессознательном находятся воспоминания о травмирующих событиях. Извлечь их возможно не только с помощью гипноза. Достаточно сосредоточения пациента на симптоме. Фрейд исследовал симптом вместе с пациентом, задавал бесконечные вопросы, прибегал к «небольшой методической уловке» — нажимал рукой на лоб пациента, убеждая его в том, что это облегчит процесс воспоминаний. Этот новый метод Фрейд назвал «психическим анализом».

Активность и настойчивость Фрейда вызывали неприятие у пациентов. В ходе вполне успешного курса терапии одна из пациенток, Элизабет фон Р., воскликнула: «Не трогайте меня, не подходите ко мне, ничего не говорите». Фактически именно это пожелание пациентки легло в основу новой техники — психоанализа. Фрейд отказывается от активности, вопросов, провоцирования воспоминаний. Вместо пожелания сосредоточиться пациентам предлагается говорить все, что приходит в голову. Сосредоточение заменяется свободными ассоциациями. Но целью терапии так и остается воскрешение и переживание забытых событий. Забытая психическая травма является причиной невротических нарушений.

Но почему травмирующее событие забывалось? Ведь сильное эмоциональное переживание, наоборот, должно было бы оставаться в памяти. Что-то требовало от человека вычеркнуть его из сознания, не давало возможности жить с ним. Воспоминание угрожало чему-то очень важному в человеке, основам его представлений о себе, окружающих людях, мире в целом. Эти угрожающие воспоминания часто были связаны с сексуальной сферой. Многие из пациентов в ходе терапии вспоминали ситуации сексуального насилия или соблазнения. Фрейд выдвинул идею о ранней сексуальной травме как причине неврозов. Однако клиническая практика и собственный анализ все чаще опровергали стройную теорию раннего соблазнения. В знаменитом письме к Флиссу (1897 г.) Фрейд пишет: «Я больше не верю в свою невротику».

Но ведь пациенты вспоминали! И охотно рассказывали о сценах совращения. Было ли совращение детей столь массовым явлением или рассказы пациентов являлись вымыслом? И не был ли этот вымысел желанным развитием событий? То есть пациенты не столько вспоминали, сколько описывали то, чего на самом деле желали — соблазна и инцеста? Но если совращения не было, что же травмировало пациентов настолько, что привело к психической болезни? Фрейд приходит к выводу, что вымысел может оказывать не меньшее влияние на жизнь человека, чем реальные события. Бессознательное вообще не интересуется реальностью. Фантазия, принятая за реальность, становится реальной. Это новое понимание связано с признанием психической реальности важным и определяющим фактором развития человека.

Признание психической реальности в качестве основного фактора возникновения неврозов привело к необходимости исследования возникновения и развития психики, обращения к самому раннему периоду детства.

Влечения

Настаивая на единстве биологического и психического, З. Фрейд исследует взаимодействие организма и жизни души. Человеческий организм подвержен различным воздействиям — внутренним и внешним. Внешние воздействия прерывны и зависят от обстоятельств. Их можно устранить. От них можно избавиться бегством. От холода можно защититься одеждой или построить теплое жилье. Резкий свет в глаза заставляет зажмуриться.

Однако в нас самих присутствуют внутренние эндогенные источники возбуждения, раздражения. Они постоянны, от них невозможно избавиться, как невозможно убежать от себя. Но их давление приводит к возникновению потребности устранить напряжение, что возможно лишь на какое-то время при удовлетворении потребности.

Потребность возникает в теле, но имеет свое представительство в психике. Психическое представительство непрерывного внутрисоматического источника раздражения Фрейд называет влечением.

Потребность нуждается в удовлетворении, что побуждает человека к сложным последовательным действиям, изменяющим внешний мир так, что он делается удовлетворительным.

Таким образом, у влечения есть цель — исчезновение напряжения, получение удовольствия. Источник — соматический процесс, запускающий на психическом уровне состояние напряжения, возбуждения.

То, в чем или благодаря чему цель может быть достигнута, называется объектом влечения. Объект исходно не связан с влечением, он может меняться. Влечение тяготеет к быстрому удовлетворению самым простым путем, без особых предпочтений одного объекта другому.

С момента рождения вся энергия организма направлена на выживание. Для удовлетворения потребностей младенцу необходимы пища, комфортные физические условия. Их удовлетворение приносит снятие напряжения, и постепенно сам процесс удовлетворения потребностей начинает приносить удовольствие. Ребенок получает удовлетворение не только от насыщения, но и от сопровождающих этот процесс ощущений — раздражение слизистой ротовой полости, тактильных ощущений тепла, прикосновений, поглаживаний. Всего этого младенец может достичь с помощью внешнего объекта — ухаживающего за ним человека. Постепенно удовлетворяющий объект начинает ассоциироваться с удовлетворением, и организм отныне будет ориентироваться на этот или похожий объект в поисках удовлетворения потребностей.

Простые физиологические потребности вызывают специфические действия. При задерживании нормального хода событий (дыхание,

голод, жажда, дефекация, мочеиспускание) отложить удовлетворение можно лишь на короткое время, и цель не подлежит изменению. Однако влечение к жизни не ограничивается удовлетворением физических потребностей. Оно противостоит разрушительным тенденциям организма, стремится к изменениям, развитию, единению. Это более сложное влечение З. Фрейд называет сексуальным.

Важно понимать, что понятие сексуальности в психоанализе не сводится к определению деятельности, доставляющей удовольствие от взаимодействия половых органов, не ограничивается сексуальным желанием и потребностью в продолжении рода.

Сексуальность в психоанализе совпадает с платоновским определением Эроса — единого созидательного начала, страсти, жажды жизни, творческой энергии. Поясняя свою позицию, Фрейд писал: «Кто видит в сексуальном нечто постыдное и унизительное для человеческой природы, волен, конечно, пользоваться более аристократичными выражениями — эрос и эротика. Я бы и сам с самого начала мог так поступить, избегнув, таким образом, множества упреков. Но я не хотел этого, так как я, по мере возможности, избегаю робости. Никогда не известно, куда таким образом попадешь. Сначала уступишь на словах, а постепенно и по существу. Я не могу согласиться с тем, что стыд перед сексуальностью — заслуга; ведь греческое слово „эрос", которому подобает смягчить предосудительность, есть не что иное, как перевод нашего слова любовь».

Влечение к жизни постепенно разделяется на влечение к самосохранению и сексуальное влечение. Суть этого дуализма Фрейд раскрывает в работе 1910 г. «Психоаналитическая концепция нарушений зрения психического происхождения»: «Влечения не всегда согласованы между собой, и это приводит к конфликту интересов. Совершенно особое значение для наших усилий по разъяснению имеет неоспоримая оппозиция, господствующая между влечениями, служащими целям сексуальности, и другими, направленными на предохранение и сохранение индивида. Поэт сказал бы, что все активные органические инстинкты нашей души можно расположить за голодом или любовью».

В психической жизни мы имеем дело с сексуальным влечением или с его превращениями. Именно оно подвергается вытеснению, изгоняется из сознания, становится бессознательным.

Все ощущения собственного тела, чувства, информация из внешнего мира при восприятии подвергаются обработке. В психике присутствуют некие образы реального мира, наши представления о нем. Часть этих представлений нами осознается и является содержанием нашего сознания. Часть же представлений утрачивает качество осознанности или изначально им не обладает. Эти представления и об-

разуют область бессознательного. Представление о сознательных и бессознательных содержаниях психики отвечало на многие вопросы и являлось удобной схемой психического аппарата.

Само разделение на сознательное и бессознательное не являлось открытием Фрейда, однако, в отличие от предшественников, Фрейд впервые определил бессознательное как активное, действенное, влияющее на все психические процессы. Кроме того, сама сфера бессознательного не казалась Фрейду однородной. В первой топической модели психического аппарата бессознательное представляло собой два самостоятельных психических процесса — предсознательное и вытесненное или собственно бессознательное.

Первая топика

Психоанализ трактует психический аппарат как организацию различных систем, взаимодействующих и взаимообеспечивающих разнообразные функции. Эти системы или инстанции условно расположены одна за другой и образуют совокупность, сравнимую с нервной дугой рефлекса или соединением оптической и записывающей аппаратуры.

Топика описывает не только местоположение этих систем, но и процессы, протекающие в них. Каждая система отделена цензурой, которая обеспечивает контроль над протеканием психических процессов. Бессознательные процессы могут проникать в сферу предсознательного, чтобы затем проникнуть в сознание. Сознательные и предсознательные представления, в свою очередь, могут утрачивать осознанность и удаляться в сферу бессознательного.

Сознательное представляет собой систему восприятия и осознавания. Функция сознательного — регистрация информации извне и восприятие внутренних ощущений диапазона удовольствие — неудовольствие. Эта система не запечатлевает, не сохраняет прочных следов. Кроме функций восприятия, сознательное является местом локализации процессов мышления, суждений, оживлений воспоминаний. Все, что находится в поле сознания, может быть названо. Вещи, объекты, явления, чувства, абстрактные понятия прочно связаны в сознании со словесными обозначениями. Осознавание и происходит путем соединения содержания внутреннего и внешнего мира со словесными эквивалентами. Сознательное и восприятие принадлежат реальности.

Предсознательное отделено от сознания. Не присутствуя в поле сознания, оно сознанию доступно. Приложив некоторые усилия, мы можем вспомнить и назвать номер телефона приятеля, день рождения бабушки или имя и отчество первой учительницы. То есть ту информацию, которая еще секунду назад не была представлена в на-

шем сознании. Конечно, если эта информация не связана для нас с тяжелыми переживаниями. В этом случае воспоминание может быть затруднено.

Предсознательное принадлежит системе следов памяти и создано словесными представлениями. Слова имеют скорее акустический характер, противопоставляются представлению вещей, относящемуся к визуальному порядку. Предметные представления могут достичь сознания, будучи ассоциированными с вербальным следом. В большей степени предсознательное подчинено принципу реальности.

Бессознательное — часть психического аппарата, близкая к источнику влечений, состоящая из представлений (репрезентантов, представителей) влечений. Влечения выступают на границе психологии и биологии, сомы и психики, в психическом аппарате они лишь представлены. Бессознательное утрачивает связь с речью и с сознанием. Бессознательному нет дела до реальности. В нем господствует первичный принцип удовольствия, психическая реальность.

То, что представляется сознанию абсурдным, имеет потаенный смысл. В бессознательном нет логики, противоречий, нет времени, нет объективной реальности. Мы не можем иметь дело с бессознательным, но постоянно сталкиваемся со следами, последствиями, продуктами его работы. Всякий душевный процесс существует сначала в бессознательном и лишь затем может оказаться в сфере сознания. Причем переход в сознание не обязательный процесс, поскольку далеко не все психические акты непременно становятся сознательными. Многие из них не находят путей доступа к сознанию, и для их осознания требуется особая работа.

Для объяснения работы психического аппарата З. Фрейд использует метафору большой прихожей, в которой толпятся посетители — душевные движения. На пороге между прихожей и комнатой стоит страж, который не только пристально разглядывает каждого, но и решает, кого стоит пригласить. Но не все приглашенные обязательно привлекают к себе внимание хозяина сознания. Большая гостиная — сфера предсознательного. Здесь у посетителей есть шанс вступить в контакт с хозяином, то есть добраться до области сознания, расположенной в самом конце огромного зала. Таким образом осуществляется цензура — сила, запрещающая тем или иным представлениям допуск на определенную территорию. Особенно сильна цензура между бессознательным и предсознательным. Отбор информации из предсознательного осуществляется уже с меньшей строгостью — идет скорее выбор нужной информации, чем подавление. Цензура сознания призвана сберечь психику от слишком сильных стимулов.

Необходимость цензуры связана с существованием неких сил, активно продвигающих представления из одной области в другую.

В психике осуществляется своеобразная борьба за территории. Наличие разных сил и конфликтов между ними требует учета динамики происходящего в сфере психического. Динамическая точка зрения приводит к пониманию психических феноменов как результата сложения, сочетания, взаимодействия антагонистических сил. При таком подходе важно учитывать количество сил, их мощь, величину.

Будучи ученым-патофизиологом, З. Фрейд навсегда сохранил стремление ввести в психологию измерение. Психические силы он рассматривал и с количественной точки зрения. Исход конфликта зависит от того, что окажется сильнее. Сила же зависит от количества энергии. Энергия инвестируется, загружает представление. Понятия «инвестирование», «вкладывание энергии» привлекают экономический подход к исследованию психических феноменов.

Любое психическое явление, таким образом, рассматривается с трех точек зрения — топологической, динамической и экономической.

Первая топика рассматривала пространственное расположение трех систем психического аппарата, дополненных динамическим подходом к исследованию психических процессов и экономической точкой зрения, учитывающей количественный фактор психической энергии.

Что же такое психическая энергия? Как она распределяется? Кто управляет этим распределением? Еще в ранних работах Фрейд вводит понятие психической энергии по аналогии с энергией физической. В процессе развития психоанализа было выдвинуто предположение о существовании особого рода энергии, являющейся основой деятельности психического аппарата. В первой топике, прежде всего, рассматривался вопрос о накоплении и распределении энергии. Область бессознательного характеризуется свободной, подвижной энергией, а область предсознательного — связанной. Разные принципы распределения энергии получили названия соответственно первичного и вторичного процесса — принципа удовольствия и принципа реальности. Для первичного процесса характерно перенесение, сгущение, смещение энергии с одних репрезентаций на другие.

По аналогии с теорией влечений Фрейд изначально выделяет две различные энергии — психическую и сексуальную — либидо. Так же как в раннем возрасте не дифференцированно влечение, так и энергия изначально едина. И лишь с развитием человека происходит разделение на влечение к самосохранению, поддерживаемое психической энергией, и сексуальное влечение, поддерживаемое либидо. Однако дальнейшее развитие психоаналитической концепции приводит к выделению единой либидинозной энергии, способной обеспечивать все жизненные процессы человека. Эта жизненная любовная энергия позволяет не только обеспечивать связи и взаимодействия

с внешними объектами, но и поддерживать собственное существование за счет восприятия себя самого в качестве любовного объекта. Подобное рассмотрение работы психики приводит к созданию второй топики, акцент в которой делается на модели межличностных отношений (рис. 9).

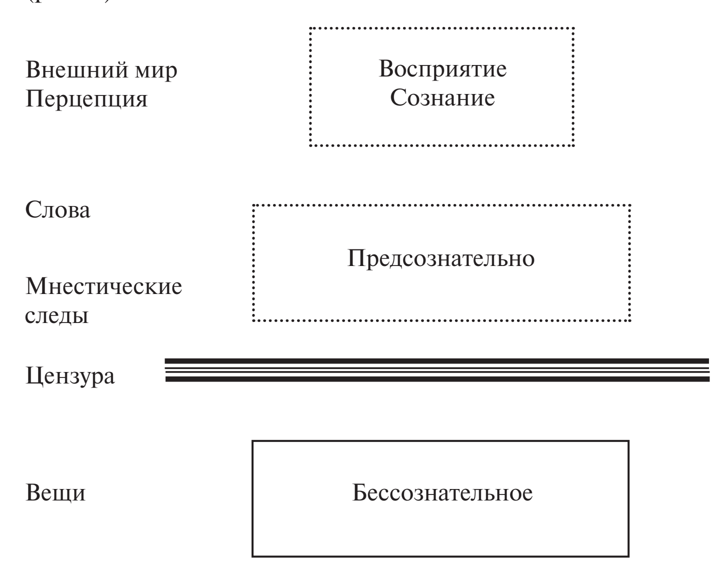


Рис. 9. Соотношение сознательного и бессознательного

Вторая топика

Вторая топика состоит также из трех частей: «Оно», «Я» и «Сверх-Я». «Оно» почти полностью совпадает с бессознательным первой топики. Но не исчерпывает все бессознательное. В значительной мере бессознательные процессы характерны и для «Я» и особенно для «Сверх-Я». «Оно» — «темная, непроницаемая часть нашей личности, мы представляем его прорывающимся со стороны соматики, воспринимающим оттуда потребностные влечения, находящие в нем свое физическое выражение». «Оно» не знает отрицания, времени, пространства, ценностных суждений, морали. «Оно» загружено свободной либидинозной энергией. Именно эта энергия и требования реальности позволяют возникнуть «Я».

Во второй топике появляется генетический аспект — «Я» развивается из «Оно». С другой стороны «Я» формирует себя, моделирует с помощью последовательных идентификаций с внешними объектами. «Я» обеспечивает сохранение себя, находя компромиссы между удовлетворением потребностей «Оно» и внешнего мира. Появление «Я» сходно с появлением сознания, однако «Я» не является полностью осознанным. Защиты, к которым прибегает «Я» для самосохранения, не осознаются личностью. Бессильное детское «Я», спасаясь от травмирующих ситуаций, ограничивает себя. Развитие личности происходит за счет присвоения «Я» все больших порций либидинозной энергии «Оно». «Я» — целостная инстанция, обеспечивающая стабильность и идентичность личности.

«Сверх-Я» также берет свое начало в «Оно», выступает как продукт психосексуального развития, сконструировано с помощью идентификации с родителями. «Оно» и «Сверх-Я» — сфера прошлого. «Я» — актуально, детерминировано тем, что оно формирует само.

Развитие психики

Вторая топика вводит генетический аспект. Причины психических нарушений связаны не только с психотравмирующей ситуацией, но обусловлены всей личностной историей. Ранний период детства — формирование психического аппарата и становления «Я» и «Сверх-Я» — то, на чем сосредоточено внимание психоанализа в клиническом и теоретическом планах.

Первые цели организма — выживание и снятие напряжения. Насыщение, комфортные внешние условия, процессы мочеиспускания и дефекации снимают напряжения и вызывают ощущения удовольствия. Ощущения, связанные с удовлетворением, имеют смысл и регистрируются, поскольку представляют собой жизненно важную информацию.

Достаточно быстро ребенок начинает справляться с напряжением и откладывать удовлетворение, прибегая к воображаемому воссозданию ситуаций, связанных с удовольствием. Кроме того, взрослея, он может сам создавать ситуации, похожие на ситуацию удовлетворения с помощью внешнего объекта, например, сосать палец или пустышку, воспроизводя акт кормления. Подобные действия и психические процессы позволяют младенцу переносить разлуку с жизненно важными объектами (прежде всего, матерью).

Таким образом, галлюцинаторное или замещающее воспроизведение процесса удовлетворения позволяет младенцу начинать процесс отделения от удовлетворяющего объекта. Вероятно, что неприятные ощущения запускают воспоминания о прошлом удовлетворении.

Напряжения физиологические, с которыми не удается справиться ни реально, ни галлюцинаторно, остаются в сфере физиологии.

Сфера психического строится из воспоминаний об удовлетворении и фантазий по поводу удовлетворения. В разные периоды раннего развития на первый план выходят различные зоны организма, называемые эрогенными. Через удовольствие, получаемое в этих частях тела, ребенок узнает собственное тело и окружающий мир.

Первичные физические ощущения трансформируются в сложные комплексы чувств. Для дальнейшего нормального развития необходимо удовлетворительное прохождение ранних стадий. Фрейд сравнивает развитие психики с действиями армии по завоеванию новых территорий. Если захваченный город сдается на милость победителю, в нем устанавливается нужный порядок, оставляется небольшой гарнизон, а основные силы могут двигаться дальше. Если же на захваченных территориях что-то не в порядке, приходится разворачивать армию и возвращаться на исходные позиции. В этом случае происходит фиксация, застревание на ранней стадии развития. Причины фиксаций — в избыточном или недостаточном удовлетворении основных потребностей или нерегулярном их удовлетворении.

При избыточном удовлетворении внешним объектом потребностей стадии, у ребенка нет необходимости дальнейшего развития. При недостаточном удовлетворении — нет уверенности в возможности и в дальнейшем получать желаемое. Нерегулярность, неровные отношения, чередование избыточных и фрустрирующих периодов в отношениях внешнего объекта не дают возможности сформировать сильное «Я». Фиксации проявляются во взрослой жизни физическими проблемами с соответствующими органами и психическими — преобладание страхов и защит ранних периодов.

Оральная стадия развития. Процесс удовлетворения витальных потребностей (голода, жажды, температуры среды, дефекации и т. д.) связан с раздражением различных зон организма. В самой ранней стадии развития основной зоной, связанной с получением удовольствия, становится ротовая полость и кожный покров. Процесс насыщения связан со стимуляцией обширной области организма:

а) дыхательный и пищеварительный тракт;
б) органы фонации;
в) органы чувств.

Органы восприятия, образуя связь с оральной областью, присваивают ее функции — своеобразное поглощение, вбирание в себя элементов внешнего мира. В речи подобное присвоение функций отражается, например, в выражении «пожирать глазами».

Органы осязания и кожа также принадлежат оральной модальности.

Познание реальности происходит через опыт голода и насыщения. Первое проявление влечения обнаруживается в сосании. Вне акта кормления ребенку доступна аутоэротическая стимуляция оральной эрогенной зоны — сосание пальца, пустышки, засовывания в рот различных предметов, облизывание губ.

Первичный объект, удовлетворяющий влечения, — частичный. Материнская грудь или ее заместители. У младенца еще нет четкой границы между собственным телом и объектом. Грудь матери в момент кормления воспринимается как часть самого ребенка. Удовлетворение, таким образом, связано с вбиранием, поглощением объекта, слиянием с ним.

Цель влечения на этой стадии развития двойная. С одной стороны, — аутоэротическое удовлетворение от стимуляции ротовой полости. С другой, — поглощение, инкорпорация объектов и слияние с ними. На этой стадии цели «иметь» и «быть» не разделимы.

Целям оральной стадии соответствуют специфические оральные страхи — быть съеденным, поглощенным другим.

С фиксацией на оральной стадии связаны психосоматические заболевания пищевода, желудка, астма, дерматозы и т. д., различные виды зависимости, нарушение пищевого поведения, проблемы с органами фонации, длительное повышение или понижение температуры тела.

На психическом уровне оральная фиксация характеризуется потребностью в слишком близких, симбиотических отношениях с объектами, зависимостью от отношений и одновременно страхом быть поглощенным другим человеком.

В дискомфортных ситуациях оральные защиты провоцируют многословие, нескончаемые жалобы или угрозы, которые редко воплощаются в открытом поведении. Регресс личности к ранней оральной стадии во взрослом возрасте приводит к шизофрении и депрессии.

Дальнейшее развитие ребенка связано со способностью дифференцировать себя и объект. От полной беспомощности ребенок приходит к активному воздействию на окружающий мир и внешние объекты. Крик младенца, являющийся изначально свидетельством дефицита, неудовлетворенной потребности, становится коммуникацией. С помощью крика ребенок воздействует на внешние объекты и получает от них удовлетворение. Результатом воздействия, влияния на окружающих взрослых являются неограниченные ожидания абсолютного удовлетворения от совершенного объекта и желание неограниченной власти над ним. Кроме того, ребенок обретает все больший контроль над собственным организмом, внутренними органами. Экскреция теперь может откладываться, появляется сфинктерная дисциплина.

Анальная фаза. Активность и напряжение смещаются от оральной зоны к анально-ректальной слизистой. Ребенок научается дифференцировать внешнее и внутреннее. Возможность контролировать дефекацию дает ощущение власти над собственным телом.

Приучение к туалету формирует новые отношения между родителями и ребенком. Возрастают требования родителей. Окружающие люди — объекты влечений — приобретают целостность. На воспитательное давление ребенок отвечает активным сопротивлением. У него появляется возможность манипулировать взрослыми.

Цель анального эротизма — наслаждение экскрецией. Стимуляцию можно усилить, задерживая фекальные массы. Задерживание увеличивает напряжение, что доставляет удовольствие — откладывание конечного удовольствия, тщательная подготовка к получению удовольствия. Кроме того, отказ от дефекации или сопротивление при приучении к туалету позволяют ребенку обрести власть над всемогущей матерью. Теперь она становится зависимой от его решения.

Обретение сфинктерной дисциплины — первая стадия развития личной ответственности и власти: аутоэротической — над собственным телом, и эмоциональной — над матерью. У ребенка возникает ощущение всемогущества, возможности подчинять, доминировать, противопоставлять себя, владеть чем-то, не отдавать другим по собственной воле. Возникают первые оппозиции, целая серия антагонистических пар — внешнее — внутреннее, активность — пассивность, доброе — злое, красивое — уродливое, большое — маленькое, господствовать — подчиняться.

Сам орган, на котором сфокусировано внимание, с точки зрения психосексуального развития крайне противоречив. Прямая кишка — полый орган экскреции, способна к активному выбросу и поддается стимуляции инородным телом. Обладает, таким образом, признаками и мужского, и женского полового поведения. На данной стадии развития психически половая принадлежность ребенка еще не определена. Если оральная стадия — период без противоречий, то анальная — период сосуществования диаметрально противоположного. С точки зрения сексуальной ориентации, на данной стадии ребенок бисексуален.

Страхи анальной стадии — быть опустошенным.

На анальной стадии важно, чтобы ребенок твердо стоял на ногах. Двухлетний ребенок умеет ходить, знает тяжесть своего тела, знает, где находится «верх» и «низ». Это умение ориентироваться в пространстве распространяется на социальные переживания. Так как ребенок уже научился ощущать себя в окружающем мире, у него возникает потребность разобраться в социальных ролях окружающих его людей. Возникает вопрос о «вожаке стаи», о главе семьи. «Могу ли я

ему противостоять?» — как бы задает себе вопрос ребенок. Наступает «троц-фаза» — фаза протеста.

При нормальном развитии «фаза протеста» через некоторое время сама по себе проходит. Однако слишком жесткое, слишком строгое, ригидное и консервативное воспитание «ломает» ребенка в этот период, делает его сверхпослушным, сверхприспособленным, подавляет его собственную активность. Как уже упоминалось, на анальной фазе начинается дифференциация в понятиях ребенка на «плохое» и «хорошее». «Плохое» выталкивается вовне подобно тому, как выталкивается из организма кал. При этом включаются мышцы-сфинктеры, служащие для контроля над выделительной функцией. Процессы пищеварения и даже выделения кала у ребенка происходят на неосознанном уровне. Ребенок не осознает, что все, что он заглатывает, переваривается в однообразную массу. Если происходит фиксация и застревание на анальной фазе, то у ребенка развивается тенденция делать все одинаково и много.

В социальном плане ребенок уже способен «отграничиться», то есть воспринимать себя как отдельную личность. Анальные тенденции включаются в дальнейшем в проблему авторитета, начинается выяснение отношений в семье. Это время приучения к опрятности и порядку. Но если за какую-либо неопрятность подвергать детей чрезмерному наказанию, могут возникнуть садомазохистские тенденции в психике ребенка. Насилие над ребенком, жестокость наказания приводит к ранней сексуализации: развиваются анально-садистический эротизм или анально-пассивная установка.

Ребенок усваивает, что можно и что нельзя, что нужно в себе контролировать, а чего нужно стесняться и прятать от окружающих. Ребенок учится вытеснять запретные желания. Анальные тенденции могут проявляться как в навязчивой структуре характера, так и, наоборот, в эмоциональной неустойчивости. Нередко наблюдается «выстреливающая» агрессия. Можно провести определенную аналогию между навязчивостью в характере и взрывом агрессии, с одной стороны, и характерным для анальной стадии психосексуального развития получением удовольствия от удержания экскрементов и от резкого освобождения от них, с другой стороны. Для анальной фазы характерно, что ребенок осознает запрет и наказания. Это первая социализация и в то же время первая манипуляция взрослыми со стороны ребенка, первое сознательное контролирование своих действий.

Открытие собственного тела, возможности доставлять себе удовольствие через стимуляцию различных органов, возможность на какое-то время с помощью аутоэротического удовлетворения переживать разлуку с жизненно важными объектами приводит ребенка к сексуальной захваченности собственным телом. Формирует отно-

шение к собственному телу как к ценному объекту. Энергия либидо питает не только формирующиеся отношения с другими людьми, но и направлена на самого себя.

Нарциссизм. «Диссоциированные до того сексуальные влечения сливаются в одно целое и сосредотачиваются на „Я" как на объекте», — пишет З. Фрейд о стадии нарциссизма. В последующих стадиях либидо должно распределиться между любовью к собственному телу, впоследствии — образу и другим внешним объектам. Но в некоторой степени человек остается нарциссичным и после того, как нашел внешний объект своего желания. «Найденный объект представляет собой как бы эманацию оставшегося при „Я" либидо, и всегда возможно возвращение либидо к себе». Раннюю нарциссическую стадию, названную «первичным нарциссизмом», З. Фрейд считает важной для психического развития личности, проявлением влечения к самосохранению, основой стабильной самооценки, залогом удовлетворяющих отношений с другими людьми.

Нарциссическое либидо и объектное изначально слиты воедино, и только с наступлением привязанности к объектам появляется возможность отделения сексуальных влечений от влечений «Я». Выделение нарциссической стадии привело к изучению важнейших вопросов становления личности и формированию объектных отношений: как и каким образом само «Я» становится объектом либидо, как изначально позитивное отношение трансформируется в агрессию, мстительность, ненависть, обращенные субъектом на себя.

Исследование нарциссизма показало, что отделение либидо от объектов и направление на себя приводит не только к развитому тщеславию или бреду величия, но и, что не кажется столь очевидным, к депрессии, ипохондрии. Либидо отделяется от внешнего мира, перестает питать внешние связи и целиком обращается на самого человека. Подобное перенесение всей психической энергии из внешнего мира на самого себя Фрейд называет «вторичным нарциссизмом».

В нарциссический период детства происходит собирание, становление целостного образ человека, вызывающего у самого субъекта восхищение, любовный интерес. Впоследствии нормально пройденная нарциссическая стадия позволяет структурировать сильное «Я» и нормальное «Сверх-Я». «Человек не хочет поступиться нарциссическим совершенством своего детства, и когда, со временем, ставит перед самим собой его как идеал, то это есть только возмещение утерянного нарциссизма детства, когда он сам был собственным идеалом», — отмечает Фрейд.

Создание целостного образа себя заканчивается обретением пола.

Фаллическая стадия. Открытие анатомической разницы между полами не формирует психического образа себя в качестве мужчины или

женщины. В представлении ребенка пенис — не первичный половой признак мужчины, а признак телесной завершенности, нарциссический орган.

Открыв для себя возможность отсутствия пениса у других людей, мальчик начинает сверхзагружать этот орган, инвестировать в него слишком много либидо, самоидентифицируется с пенисом.

Отсутствие пениса у девочек воспринимается как результат травмы, кастрации. Страх повредить половой орган или лишиться его становится равносильным страху смерти, потере жизненной силы. Кроме того, пенис становится мощным источником наслаждения.

У девочки осознавание отсутствия пениса приводит к глубокой нарциссической ране, чувству неполноценности в телесном и социальном плане.

Пенис воспринимается и мальчиками, и девочками не как половой орган, а как орган могущества, совершенства, телесной целостности. Ребенок проводит различия не между мужчиной и женщиной, а между наличием или отсутствием пениса. В психической жизни обоих полов начинает доминировать не реальный половой орган — пенис, а фаллос — образ эрегированного мужского полового члена, символизирующего могущество, силу, активное наслаждение.

Фаллическая стадия заканчивает догенитальное развитие и приводит ребенка к эдипову конфликту. Сексуальный конфликт троих — отца, матери и ребенка предшествует истинной генитализации либидо.

Эдипов комплекс. В процессе развития психики внешние объекты обретают целостность. Ребенок не только потребляет заботу родителей, но и вступает с ними во взаимодействие. Первичный объект любви и мальчика, и девочки — мать. Отец также присутствует в жизни ребенка, но его функции, его роль весьма сходны с материнскими. Можно говорить о том, что ребенок не видит принципиальной разницы в половой принадлежности того, кто ухаживает за ним. Лишь открытие половых различий и специфических отношений отца и матери заставляют ребенка искать свое место в этом тройственном союзе и выбирать собственную половою принадлежность. Нормальный эдипов комплекс и формирует гендерные различия мужчины и женщины.

Эдипов комплекс у мальчика. Объект влечения — мать. Доэдипальный отец дополняет мать. Постепенно образ матери приобретает целостность, самостоятельность. Ребенок узнает, что в жизни матери существуют другие, не известные ему отношения и желания, связанные с отцом. В попытке завоевать материнский объект мальчик встречает соперника, превосходящего его. Кроме того, он сталкивается и с нежеланием матери принять его в качестве исключительного объекта любви. Это рождает враждебность по отношению к матери.

С другой стороны, соперник-отец близок и любим ребенком. Более того, похож на него. И только подчеркивая это сходство, все больше уподобляясь сопернику, можно заслужить материнский объект. Агрессия и зависть по отношению к отцу входит в противоречие с любовью к отцу и необходимостью быть похожим на него, чтобы стать объектом желания матери.

Отец как соперник вызывает ненависть. Но ребенок осознает опасность этой ненависти — соперник явно превосходит его силой. Ненависть может повредить ребенку: сильный соперник может лишить его возможности обладать любимым объектом — кастрировать. Ненависть опасна и потому, что грозит уже возникшей в доэдипальной стадии привязанности между отцом и сыном. Кроме того, ненависть не позволяет идентифицироваться с отцом, выбрать его моделью для подражания, а значит обрести надежду на завоевание любимого объекта. Достаточно причин, чтобы отказаться от столь опасного и неудобного чувства.

Сырая компульсивная агрессивность по отношению к отцу подвергается трансформации — гедонистическая цель сублимируется в желание заслужить одобрение взрослых и усилить доверие к себе, обезопасить себя от кастрации и достичь желаемого, подражая отцу. Изживая ненависть, ребенок преодолевает страх перед отцом, отказывается от соблазнения матери и соревнования, что позволяет ему идентифицироваться с отцом и обратиться к завоеванию других сексуальных объектов.

Эдипово желание разворачивается в психической сфере, области фантазмов. Фантастическая угроза отца, страх, преодолеваемые через идентификацию с отцом и отказ от матери, обрывают эдипову фазу и подготавливают латентный период, в котором вся энергия либидо направляется на интеллектуальное развитие.

Страх эдипальной фазы мальчиков — утрата состоятельности

Эдипов комплекс у девочки — смена объекта. Первичный объект — мать. Мать же является образцом для подражания. Уверенность в собственной исключительности для матери, обесценивание отца как желанного объекта. Девочка как бы заявляет матери: «Я как ты. Люби меня, а не его. Он — другой».

Открытие привязанности матери к отцу делает ценным другой объект. Оказывается, что привлекают именно отличия. Девочка пытается идентифицироваться с объектом желания матери — стать похожей на отца: «Люби меня, я похожа на отца».

Открытие генитальных различий девочкой воспринимается, как травма, кастрация. Вина за отсутствие пениса ложиться на мать. Мать лишила дочь силы, но любит того, кто этой силой обладает. В бесплодных попытках завоевать безраздельную любовь матери и вернуть утраченное могущество, девочка отворачивается от матери и обращается к отцу. Это одновременно и соперничество с матерью и иденти-

фикация с ней: «Я хочу того же, что и ты». Но заслужить любовь нового объекта возможно, лишь выбрав разочаровавший объект в качестве модели для подражания. Кроме того, несмотря на все разочарования и потери, девочка продолжает любить мать и боится утратить ее любовь. К отцу же испытывает одновременно любовь и враждебность за отвержение ее любви. Опасная ненависть вытесняется из отношений с любимыми объектами. Девочка смиряется с утратой пениса, отказывается от сексуальных посягательств на отца и возвращается к матери. Женский тип поведения дает надежду однажды обрести утраченное могущество в отношениях с объектом, похожим на отца.

Эдипов комплекс девочки сложнее. Ей приходится пережить смену объекта привязанности. Именно этот дополнительный этап затрудняет прохождение эдиповой фазы.

Страх эдипальной фазы девочек — утрата любви.

Нормальное прохождение эдиповой стадии приводит к замене сексуальных посягательств на родителей противоположного пола идентификациями с объектами желания, то есть родителями своего пола.

Освобожденная энергия инвестируется в получение интеллектуальных навыков, остается готовой к реинвестиции в новые объекты. Либидо выходит за пределы аутоэротизма и ориентируется на поиск внешних объектов.

В эдиповой ситуации присутствуют четыре тенденции и две идентификации:

а) нежность по отношению к отцу и матери;
б) враждебность по отношению к отцу и матери;
в) идентификация с отцом и матерью, различная интенсивность этих идентификаций.

Страх собственных желаний и чувств заставляет ребенка восстанавливать прошлые, не отмеченные негативными эмоциями отношения. Сексуальность прочно связывается с опасностью. Подавление сексуальных и агрессивных желаний делает ребенка уязвимым для вины и тревоги.

Прохождение эдиповой фазы заканчивается формированием в психике ребенка фантазматических образов родителей — формированием «Сверх-Я».

Психические патологии и стадии развития психики

Теория психосексуального развития связывает психические нарушения не столько с конкретными единичными травмами, сколько с нарушением в процессе психического развития — фиксациями на определенных стадиях.

Психика формируется и нарушается на ранних стадиях взаимодействия с объектами. Структуризация психики связана с образованием «Я» через взаимоотношения с внешним миром.

Психические патологии связаны с неудачной попыткой любой ценой восполнить недостаточность, возникшую на разных стадиях психосексуального развития. Чем раньше возникли нарушения, тем выраженнее и тотальнее будет патология. Невротические нарушения закладываются на эдипальной стадии, то есть эта патология возникает у достаточно зрелой личности. В неврозе человек может использовать защиты ранних стадий — анальной и даже оральной, но при этом не происходит тотального регресса личности к доэдипальным стадиям развития, что характерно для психозов.

Что же происходит с развитием психики в эдипальный период? И почему именно на этой стадии закладываются невротические нарушения?

Идентификация мальчика с отцом, а девочки с матерью и отказ от инцестуозных желаний — не единственный возможный исход эдипова комплекса. Прежде всего, инцестуозное желание не исчезает полностью, а подавляется, а, значит, продолжает существовать в измененном, смещенном виде. Но опасность этого желания делает его неприемлемым для формирующейся личности. Защиту «Я» от непозволительных желаний после эдипальной стадии берет на себя «Сверх-Я». Наличие конфликта между желанием и неприемлемостью его осуществления является нормальным этапом формирования взрослой личности.

Психический конфликт создает предпосылки для усиления «Я», осознавания, принятия собственной личности. Условия для невроза создает патогенный психический конфликт. В этом случае человек неосознанно продолжает жаждать осуществления неприемлемых желаний и одновременно отрицает в себе их наличие. Невротический конфликт заставляет «Я» защищаться от непереносимых представлений. Симптом, как правило, представляет собой совокупное действие нескольких защитных механизмов.

Механизмы защиты. «Я» защищается от внутренних побуждений и внешних факторов, если они опасны или кажутся опасными. З. Фрейд разделяет влечение на аффект и содержание, мысленное представление. В результате действия защит аффект и содержание могут разделяться и подвергаться различным трансформациям.

Противозагрузка. Содержание и аффект кажутся неприемлемыми. Аффект отрывается от содержания. В результате высвобождается энергия, которая переносится на другие содержания, каким-то образом напоминающие изначальные, но более приемлемые. Возникают новые образования содержаний и аффектов — замещающие, реактивные, компромиссные, образование симптома.

Замещающие образования. Содержание неприемлемого желания вытесняется в бессознательное. Аффект прикрепляется к другому содержанию, ассоциативно связанному с исходным. Например, мистический транс не содержит, на первый взгляд, сексуальной идеи, но позволяет испытывать идентичный аффект без угрозы для «Я».

Компромиссное образование. Привлекательное содержание, например сексуальное желание, воспринимается как угроза. Сильный аффект поддерживает фантазии о реализации желаний (содержание фобии) и требования запрета (страдания, страх).

Реактивное образование. Содержание остается, меняется аффект. Ненависть оборачивается навязчивой заботой, желание «грязных» удовольствий — навязчивым мытьем.

Образование симптома. Соединение различных защитных образований.

Вытеснение. Активный процесс, направленный на сохранение вне сознания неприемлемых содержаний. Вытеснение не создает симптома. Симптом — неудача вытесненного. Именно недостаточная работа вытеснения заставляет «Я» прибегать к дополнительным защитам в виде противозагрузок и образований. Вытеснение действует только после разграничения сознательного и бессознательного, появления языка. Вытеснение лишает содержание вербального компонента. Успешное вытеснение делает содержание представления бессознательным.

Проекция. Включает в себя три этапа — мешающие содержания вытесняются, деформируются, возвращаются в сознание в виде искаженного содержания, приписываемого внешнему объекту. При истерических фобиях собственное сексуальное желание вызывает опасение. Оно делается внешним — приписывается внешнему объекту. Наличие этого желания у объекта делает объект опасным. Защитные механизмы могут и дальше подвергать содержание влечений деформации — внешний опасный объект становится неприятным для субъекта. Теперь избегание этого объекта связано с его непривлекательностью. В паранойе происходит сдвиг от сексуальных влечений к садистическим. Соблазнительный объект остается, но становится угрожающим.

Отмена (аннулирование). Неприемлемые содержания и вызванные ими мысли и действия рассматриваются как несуществующие. Для этого используются другие мысли и действия, призванные уничтожить все, что связано с недопустимым содержанием. Именно этот механизм лежит в основе навязчивых действий: одно поведение аннулируется другим, призванным уничтожить не столько последствия первого действия, сколько само действие, связанное с запретным содержанием.

Отрицание. Неприемлемое содержание не удалено из сознания, отрицается лишь его отношение к субъекту или происхождение из влечений субъекта.

Изоляция. Отделение мешающего содержания от аффекта и любых ассоциативных связей. При этом содержание может оставаться в сознании, так как угрожающий аффект удален. Изолированное содержание часто становится содержанием фобий. В таком случае человек начинает бояться и избегать ситуаций, предметов, людей, обладающих каким-то признаком первичного опасного объекта. При этом изначальная опасность, сам объект и связанные с ним чувства удаляются из сознания.

Смещение. Неприемлемое содержание меняется на более приемлемое и безопасное для «Я», связанное с первой ассоциативными связями. При фобиях смещение заменяет, например, родительские образы на крупных животных. Классический случай — фобия маленького Ганса. Страх и ненависть по отношению к отцу в результате смещения переместились на страх коня. Конь ассоциировался с отцом, но бояться коня безопаснее и выгоднее для сознания: можно сохранить аффект — ненависть и страх наказания за ненависть, и продолжать любить отца. Смещение действует и в сновидениях — родительские фигуры и другие значимые объекты заменяются животными, другими, менее значимыми образами.

Сгущение. Несколько неприемлемых содержаний по ассоциативным связям складываются в одно, приемлемое и удаленное от изначального в результате нескольких смещений.

Сублимация. Единственный механизм, не требующий противозагрузки. При сублимации меняется не содержание, а сама цель влечения. Запретная цель оставляется, и вся энергия направляется на цель не только допустимую, но и одобряемую «Сверх-Я». Таким образом, механизмы сублимации могут быть доступны только зрелой личности. Она предполагает объединение сильного «Я», удовлетворенного «Оно» и толерантного «Сверх-Я». Сублимация представляет собой нормальный процесс, при котором сексуальная энергия не подавляется, а направляется на другие цели. Достижение этих целей приносит удовольствие, дозволенное и одобренное «Сверх-Я».

Клиника

«Я» нуждается в активации защит при возникновении конфликта. Развитие и функционирование психики всегда связано с тем или иным уровнем конфликтности. Бессознательные защиты «Я» используются и вполне зрелой личностью. Даже комплекс защит не всегда образует симптом. Для возникновения симптома необходим

не просто психический конфликт, а патогенный психический конфликт.

Психический конфликт становится патогенным, когда внешний отказ дополняется внутренне-вынужденным. Поскольку объект вторичен, не связан напрямую с желанием, внешний отказ отнимает лишь одну из многочисленных возможностей удовлетворения, позволяет искать другие возможности, откладывать удовлетворение, менять объект. Внутренний отказ отнимает саму возможность удовлетворения. Невозможность соединения с эдипальным объектом-родителем, ужас самого этого желания накладывают отпечаток на всю сексуальную сферу. Вытеснению подвергаются не только объект, но и все сексуальные желания, изначально связанные с объектом.

З. Фрейдом описано 9 основных типов невроза: психоневроз — истерическая конверсия, истерический страх (фобия), невроз навязчивых состояний; актуальный невроз — неврастения и невроз тревоги; нарциссический невроз; невроз характера; травматический невроз; невроз органа — психосоматическое заболевание; детский невроз; невроз страха — один из видов актуального невроза, в котором ведущим симптомом является тревога. В процессе лечения актуализируется невроз переноса.

Предпосылкой невроза служит патогенный конфликт — переживание, возникающее в результате столкновения, по крайней мере, двух несовместимых тенденций. Невроз формируется в эдиповой фазе, если не разрешены эдипальные противоречия.

Рассмотрим с точки зрения психоанализа классические неврозы: истерии и обсессивный невроз.

Истерия. Конверсионная истерия — классический предмет психоанализа. Психоаналитический метод был открыт и усовершенствован именно при изучении истеричных пациентов. Классические «большие припадки», напоминающие эпилептические, сегодня встречаются крайне редко. Чаще всего можно наблюдать малые эквиваленты — сильное возбуждение, обмороки, приступы нарколепсии. Для конверсионной истерии характерны расстройства неврологического типа — параличи, не сопровождающиеся нарушением рефлексов. Они могут поражать нижние конечности (астазия, абазия), одну конечность (моноплегия), голосовые связки (афония), а также анестезии и алгические проявления.

Конверсии представляют собой компромиссное образование между осуществлением тайных желаний, изъятием из сознания непозволительных желаний и самонаказания за желания. То, что истерик не желает знать, постоянно и очевидно присутствует в его жизни в виде телесных проявлений. Физические страдания позволяют удалить не-

позволительные представления из психической сферы и нести наказание, избавляясь от вины.

Сексуальные желания вытесняются, аффекты отделяются от содержания психических представлений и переходят в телесное пространство. Но физическая разрядка аффектов сохраняет в измененном виде остатки представлений. Таким образом, при истерии мы имеем дело не с тотальным вытеснением, а с неудачей вытеснения. Сексуальность проявляется в симптомах, при слишком явной связи вытеснение дополняется инверсией аффекта — вместо сексуального желания появляется сексуальное отвращение. Если же все возможности разорвать связи с исходным желанием исчерпаны, происходит «выключение» — анестезия, сон, обморок и т. д.

Истерия чаще встречается у женщин, чем у мужчин, что связано с более сложным женским вариантом эдипова комплекса. В процессе прохождения эдиповой фазы девочка должна сменить объект — отвернуться от разочаровавшей матери и обратиться к отцу. Однако материнский объект не покидается. Он вторично становится ценен как объект желаний нового объекта — отца. Тело матери при этом эротизируется и становится объектом не идентификации, а желания. Именно поэтому бисексуальность и латентная гомосексуальность — характерные признаки истерии. При этом девочка должна идентифицироваться с разочаровавшим и обесцененным в связи с отсутствием пениса объектом-матерью. То есть смириться, принять женскую сущность, отказаться от идеи кастрированности. Чего не происходит при истерии. Идея завоевания отца и обеспечения себя пенисом не исчезает. Объекты нужны истерику не для сексуальной разрядки, а для обеспечения себя недостающим фаллосом — силой, мощью, властью. Видимое сексуально-провокативное поведение истерика, потребность в соблазнении, сближении, аффективная торопливость, эротомания, на самом деле псевдосексуальность, способ привлечения и властвования — гиперкомпенсация собственной кастрированности и неуспешности.

При истерии страха (тревожная, фобическая истерия) либидо, отделенное от объекта, не перемещается в телесную сферу, а существует в свободном состоянии в форме страха. Фобия включает в себя реализацию желания и защиту от него одновременно. Неудача вытеснения в этом случае более серьезна. Конверсия в телесность позволяют избежать тревоги, даже по поводу симптомов — так называемое «прекрасное равнодушие» истерика. В случае с фобиями неудача вытеснения позволяет страху появиться на поверхности. Фобическое смещение — промежуточное, неполное. Причина страха вытесняется, но тревога готова вспыхнуть в любой ситуации, которая связана с невротическим конфликтом. Фантазматические угрозы кастрации или

утраты любви воспринимаются невротическим «Я», как реальная опасность. Изначально присутствует готовность к тревожным реакциям. Затем происходит нечто, активирующее основной патогенный конфликт. С этого момента готовность к тревожным реакциям связывается со специфической ситуацией, в которой возникает первый приступ тревоги. Тревожность теперь можно контролировать во всех ситуациях, кроме одной, неосознанно связанной с конфликтом или первым приступом паники. «Я» теперь вынуждено бороться и против тревоги возникновения тревоги в специфических ситуациях. Таким образом, происходит значительное смещение от первоначального опасного представления к страху ситуаций, обладающих набором признаков, не связанных с патогенным материалом.

В некоторых случаях смещение незначительно — тревога возникает вместо сексуального возбуждения. Человек опасается того, чего на самом деле страстно желает. В других фобиях страх провоцирует не соблазн, а ассоциации с запретом соблазна: страх острых предметов, страх кастрации. Однако смещение может пойти дальше. Страх могут вызывать не только ситуации, напрямую связанные с сексуальным соблазном, но и ситуации, которым приписывается возможность сексуального соблазна — при агарофобии открытые пространства подразумевают возможность сексуальных приключений. Боязнь повреждений, болезни, смерти связана с неотвратимостью наказания за непозволительные желания. Замещение внутреннего напряжения внешними опасностями дает ощущение контроля, возможность совершать какие-нибудь защитные действия, например, избегать тех или иных ситуаций, защищаться от предметов, животных, людей. Таким образом, фобические образования позволяют переживать страх и с ним бороться. Часто на внешние объекты переносятся собственные желания — страх сексуального насилия может быть связан с сильным сексуальным желанием. Наличие страхов конкретных ситуаций, людей, предметов может приводить к формированию особого типа поведения, направленного на избегание потенциальной опасности или ее предотвращение. Подобное поведение постепенно приобретает форму ритуала, обязательного к исполнению. Тревога смещается все дальше от изначального содержания. Теперь пугает не сама опасная ситуация, а неисполнение (плохое исполнение) необходимых защитных действий. На самом деле неукоснительное исполнение ритуалов призвано защитить не от потенциальной опасности, а от осознавания содержаний тревоги. Это более сложный путь, требующий привлечения дополнительных механизмов защит и сформировавшегося «Сверх-Я». В этом случае мы имеем дело с формированием обсессивного невроза.

Способ адаптации **обсессивного невроза** отличается от истерического. Сексуальные представления не вытесняются, они изолируются

от желаний и становятся приемлемыми для «Сверх-Я». Мысли могут содержать сексуальную тематику, но желание за ними не следует. Оно изолированно. Аффективность при этом регрессирует на анальный уровень. Защита сначала направляется против возбуждения эдипальных желаний, смещает аффект на более ранний анальный уровень, а затем начинает защищаться от анальных побуждений. Анальный эротизм бисексуален, отношения амбивалентны. Обсессивно-компульсивные невротики озабочены конфликтами между агрессивностью и повиновением, жестокостью и доброжелательностью, неряшливостью и чистоплотностью, хаосом и порядком.

Опасность, от которой индивид пытается защититься, не кастрация или утрата любви, как при истерии, это внутренняя угроза утраты самоуважения, любви «Сверх-Я». Навязчивые действия — фактически исполнение команд, исходящих из этой инстанции. Навязчивые действия, ритуалы защищают от тревоги, не дают проявиться запрещенным желаниям, создают иллюзию контроля. Как правило, незначительные компульсии возникают в латентный период, когда развиваются интеллектуальные способности. Часто это следующий шаг в защите от фобий. Угрожающие ситуации, события требуют пребывания в постоянной боевой готовности. От опасностей мало защищаться, нужно постоянно держать оборону и выполнять некие защитные действия. Фрейд писал: «Конфликт при компульсивном неврозе обостряется по двум причинам: защита становится более нетерпимой, то, против чего приходится защищаться, почти невыносимо, и оба явления происходят в результате регрессии либидо». Обсессивно-компульсивный невроз использует разнообразные механизмы защиты — реактивное образование (изменения в аффекте — ненависть превращается в навязчивую любовь), аннулирование, изоляция.

Таким образом, предпосылки развития психических заболеваний закладываются на самых ранних стадиях развития психики и связаны с фиксациями на той или иной стадии (табл. 8). Точки фиксации определяют те адаптивные механизмы, достаточно успешные для ранних стадий, но незрелые или даже патологичные для взрослой личности, с помощью которых человек в дальнейшем справляется с внутриличностными конфликтами и другими трудностями. В сложных ситуациях даже нормальный взрослый человек может регрессировать на ранние стадии развития. Патология определяется степенью регресса и областями, которые он затрагивает. При психотических патологиях происходит полный регресс на доэдипальный уровень развития. При пограничных — частичный регресс. Невротические патологии — патологии развития эдипова комплекса. При этом они могут сопровождаться некоторыми регрессивными образованиями из ранних стадий.

Таблица 8

Стадии развития и патологии психики

Стадии либидной организации	Стадии развития объектной любви	Доминирующий пункт фиксации и патологии
Ранняя оральная	Аутоэротизм (нет объекта)	Шизофрения
Поздняя оральная	Нарциссизм — тотальная инкорпорация объекта	МДП, болезненные влечения, зависимости
Анальная	Парциальная любовь	Паранойя Компульсивный невроз
Ранняя генитальная	Объектная, ограниченная преобладанием комплекса кастрации	Истерия
Конечная генитальная	Любовь	Нормальность

Терапия психоанализом

Поскольку большинство невротических состояний (кроме травматического невроза) не связаны с единичной конкретной травмой, а обусловлены всей жизненной историей пациента, недостаточно помочь ему вспомнить и проговорить отдельные травмирующие эпизоды. Даже если эти воспоминания будут сопровождаться необходимым отреагированием (катарсисом), подобный опыт не избавит пациента от возвращения к привычным невротическим реакциям.

Терапия психоанализом не сводится к воспоминаниям, проговариванию и отреагированию. В процессе психоанализа пациент воспроизводит привычные механизмы адаптации — защиты и симптомы. Именно на это должно быть направлено внимание аналитика. Вербализованными, то есть осознанными, должны становиться не только прошлые события, но, прежде всего, отношения анализанта и аналитика. Именно анализ этих отношений и составляет основное содержание терапии. В этих отношениях проявляются все патогенные механизмы, именно в этих отношениях пациент должен на новом уровне осознавания пройти вновь те стадии развития психики и связанные с ними уровни объектных отношений, которые были неправильно пройдены в реальности.

В результате нарушений в развитии психики пациент пытается установить с аналитиком отношения, воспроизводящие ранние отношения с родителями, другими значимыми объектами. Чувства, возни-

кающие по отшению к другим людям и ситуациям, актуализируются в процессе анализа и переносятся на аналитика.

Пациент ошибается в трактовке происходящего из-за отягощенности прошлым и, вместо припоминания и проговаривания, стремится оживить, пережить в более удовлетворяющей форме прошлые отношения. Подобная реакция, согласно Фрейду, является неврозом переноса.

Перенос — процесс воспроизведения переживаний и эмоциональных реакций, ведущий к установлению специфического типа объектных отношений, в результате которых ранее присущие пациенту чувства, фантазии, страхи и способы защиты, имевшие место в детстве и относившиеся к значимым родительским фигурам, перемещаются на психоаналитика и активизируются по мере осуществления анализа.

Ранние отношения, актуализирующиеся в переносе, возникают на эдипальной стадии. На предшествующих, доэдипальных, стадиях отношений еще не существует. А значит, при глубоком и тотальном регрессе на доэдипальные стадии (психоз) формирование переноса невозможно. Невозможна и терапия переноса — психоанализ. Именно поэтому метод З. Фрейда предназначен для терапии невротических пациентов. Психотический уровень доступен изучению и теоретическому анализу, но лечение психоанализом пациентов этого уровня Фрейд не видел возможным.

При психоаналитической терапии перенос неизбежен, во время лечения он не создается, а открывается. Различные неврозы перерастают в невроз переноса. Поскольку любой симптом является адаптацией организма к невыносимым условиям среды и обеспечивает хоть и сложное, но все-таки выживание «Я», отказаться от него непросто. Таким образом, обращаясь за помощью и желая сознательно избавиться от симптома, неосознанно пациент стремится сохранить симптом как единственно доступный способ выживания. То есть на бессознательном уровне сопротивляется лечению — устранению симптома. Перенос является одним из средств сопротивления лечению и средство его успешного осуществления.

Потребность в любви не получала и не получает удовлетворения в реальности, это заставляет человека обращать свои надежды на безопасного и принимающего аналитика. Необходимость преодоления переноса вызывает большие трудности для аналитика, но именно они оказывают неоценимую услугу, делая явными скрытые чувства пациента.

В начале анализа формирующийся перенос помогает установить доверительные отношения с анализантом, создать терапевтический альянс. Прояснение переноса необходимо откладывать до того момента, когда перенос становится сопротивлением к лечению.

В статье «Воспоминание, воспроизведение и переработка» 1914 г. З. Фрейд отмечает, что вместо воспоминаний пациенты часто воспроизводят переживания, прибегая к навязчивому повторению, а перенос является частью воспроизведения, представляющей собой перенесение забытого прошлого не только на аналитика, но и на все другие области и ситуации настоящего.

При переносе аналитик имеет дело с новым неврозом, заменившим первый. Преодоление невроза переноса и означает решение терапевтической задачи, поскольку человек, освободившийся от действия вытесненных переживаний по отношению к аналитику, остается таким и вне аналитической ситуации.

Не следует думать, что все чувства, возникающие у анализанта к аналитику, являются переносными. Обобщая исследование переноса, Фрейд в «Очерке о психоанализе» отмечает следующие признаки переносных отношений:

Амбивалентность — сочетание нежных и враждебных чувств, отражающее несформированность зрелых отношений и сопротивление лечению.

Воспроизведение в переносе важной части биографии, вместо пересказа травмирующие события как бы разыгрываются перед аналитиком.

Активные попытки пациента вызвать сильные проявления чувств у аналитика.

Неадекватная оценка (излишне завышенная или заниженная) личности аналитика.

Перенос условно подразделяется на негативный и позитивный — проявление, соответственно, враждебных или нежных чувств к аналитику. Подобное разделение касается скорее открытого поведения, чем истинных чувств, поскольку любому переносу свойственно сочетание любви и ненависти. Внешне агрессивное поведение может использоваться для привлечения внимание аналитика, а за внешне соблазняющим или дружелюбным может скрываться потребность в подчинении, мести и обесценивании значимого объекта.

Поскольку перенос связан не с личностью аналитика, а с прошлым пациента, личность психотерапевта, его пол, возраст не имеют значения для образования переноса. Хотя, безусловно, реальная психоаналитическая ситуация накладывает отпечаток на проявление переносных отношений. В паре мужчина-аналитик — женщина-анализант перенос скорее примет выраженный эротический характер, поскольку сама ситуация взаимодействия сильного и умного мужчины, помогающего слабой и страдающей женщине, актуализирует сексуальные переживания. Пациент-мужчина тоже может предпринимать попытку сексуализировать отношения с аналитиком-женщиной, а может кон-

курировать и проявлять враждебные чувства, часто скрывающие сексуальное желание. В однополых терапевтических отношениях могут актуализироваться латентные гомосексуальные желания, или перенос может принимать вид более социально приемлемых дружеских отношений, отношений учитель-ученик, родитель-ребенок.

Задача психоаналитика заключается в постоянном отрыве пациента от его опасной иллюзии и непрерывном указывании на то, что воспринимаемая пациентом новая реальность в действительности представляет собой воспоминания прошлого. Для этого психоаналитик должен очень внимательно отслеживать малейшие проявления переносных отношений у пациента и свои собственные на них реакции, быть готовым пережить вместе с пациентом его и собственные чувства, и отдавать себе отчет в том, что сложившаяся ситуация нереальна и не имеет отношения к нему лично. Поскольку перенос связан с сильными базовыми чувствами, он может актуализировать потребность в этих чувствах у самого психоаналитика. Сексуальные, дружеские и даже конкурентные переживания пациента могут быть очень соблазнительны.

Терапия переноса требует от аналитика не только понимания переживаний своих пациентов, но и высокой степени осознавания собственных переживаний. В ситуации терапии у аналитика также возникают чувства, обращенные к пациенту, но связанные не с личностью пациента, а обусловленные личностью самого терапевта и переносящие его собственные переживания и желания на пациента — контрперенос. Особенно соблазнительным для аналитика может оказаться эротизированный перенос пациента, но и другие формы переносных отношений могут вызывать желание быть вовлеченным в недопустимые отношения с пациентом — борьбу, наставничество, покровительство и т. д. Однако любые отношения с пациентом вне рамок терапевтических не ведут к цели — избавление пациента от невроза, скорее закрепляют невроз, подтверждают правильность невротического способа адаптации к реальности, провоцируют очередное повторение прошлых отношений.

Анализ переводит повторение в воспоминание при удалении сопротивления.

Сопротивление исследуется З. Фрейдом уже в 1896 г. в анализе метода Брейера. Фрейд определяет сопротивление как психическую силу, дающую отпор невыносимым представлениям, мучительным и непригодным аффектам. Психоанализ — прежде всего работа с сопротивлением. Сопротивление сопровождает лечение, перенос — сопротивление, интенсивность переноса — действие и выражение сопротивления. После преодоления сопротивления переноса преодоление других сопротивлений не представляет трудностей. В процессе лече-

ния сопротивление мешает ассоциированию, затем принимает форму интеллектуального сопротивления. Затем перерастает в перенос.

В работе 1926 г. З. Фрейд расширил понятие сопротивления, выявил силу навязчивого повторения, являющуюся, по сути, сопротивлением бессознательного. В дальнейшем Фрейд выводит пять видов сопротивления, исходящих из «Я», «Оно» и «Сверх-Я».

Сопротивление «Я» — вытеснение, перенос и выгода болезни.

Сопротивление «Оно» — бессознательное сопротивление, навязчивое повторение.

Сопротивление «Сверх-Я» — сопротивление, обусловленное сознанием вины, потребностью в наказании и противящееся всякому успеху, в том числе и выздоровлению.

Психоанализ выявляет и раскрывает механизмы сопротивления. Осознавание пациентом этих механизмов помогает преодолеть сопротивление, вернуть и проработать вытесненный материал, найти другой более адаптивный способ совладания с трудностями.

Осознавание — процесс соединения содержания образов с их словесными эквивалентами. Все, что переживает пациент, все, что приходит ему в голову, должно быть сказано. «Говорить все, что приходит в голову» — основное правило психоанализа — должно пониматься пациентом в буквальном смысле — говорить все, а не только то, что кажется важным, разумным, имеющим отношение к проблеме и так далее. Фрейд предлагал пациентам поступать, как путешественник, сидящий у окна вагона и описывающий сидящим внутри виды, проносящиеся перед его взором. Проговаривая все, что приходит в голову, пациент проговаривается, то есть, так или иначе, сообщает и то, что скрыто от него самого: «То, что мы хотим услышать от пациентов, — пишет Фрейд, — не только то, что он знает и скрывает от других людей, он также должен рассказать нам и то, чего не знает».

Кроме правила свободных ассоциаций Фрейд вводит правило абстиненции. В процессе психоаналитической терапии пациент должен столкнуться, по меньшей мере, с двумя отказами — отказ терапевта от удовлетворения желаний пациента, не только сексуальных, но и любых других — одобрения, покровительства, наказания и т. д., и отказ от быстрого освобождения от симптома. Сталкиваясь с этими отказами, пациент должен научиться переживать прошлые и будущие фрустрации.

Психоанализ не должен предлагать пациенту безопасное убежище от реальной жизни. Он выступает как бы полигоном, учебной площадкой реальности.

Неудовлетворенная потребность в чувствах аналитика выступает как побуждающая сила к работе. Слишком быстрое устранение симптома не приводит к глубинным изменениям, дает лишь временное

облегчение и не позволяет пациенту самому освоить новые механизмы адаптации.

Отказы психоанализа в немедленном удовлетворении желаний пациента — нужных ему отношений и избавления от страданий — не только терапевтический прием, но и глубокое понимание сути патологической организации невротической личности. Идя навстречу желаниям пациента, психоаналитик все равно не может дать анализанту реальное удовлетворение: «Ведь нельзя предложить больным ничего, кроме суррогатов, так как вследствие своего состояния, пока не устранены вытеснения, больные не способны получить настоящее удовлетворение».

Первые представления о неврозе предполагали целью терапии освобождение от симптомов путем воспоминания, осознавания причинно-следственной связи между болезнью и прошлыми переживаниями и отреагирования.

Открытие фаз психосексуального развития привело к новому пониманию этиологии психических заболеваний и новым целям анализа.

Патологичным оказалось не незнание или забывание, а его причины, связанные с сопротивлением и защитами, то есть особенностями формирования и функционирования «Я» пациента. В связи с этим целью психоанализа становится преодоление сопротивления, восстановление утраченных связей представлений. Материалом анализа становится не столько рассказ пациента о прошлых событиях, сколько актуальная ситуация отношений с аналитиком (перенос), в которой пациент воспроизводит прошлые отношения, желания и способы взаимодействия с собой и другими.

Генетическое понимание второй топики привело к установлению еще одной цели — оказания помощи пациенту в устранении дефектов развития «Я», усиление.

Однако нельзя говорить о том, что с развитием психоаналитической теории первоначальные цели исчезают. Как и в случаях с остальными постулатами психоанализа, новые открытия Фрейда не отрицали, а скорее дополняли предыдущие.

Глава 7
РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА

Изложение теоретических и практических основ психодинамического направления в психотерапии невозможно представить без постоянных апелляций к более широкому контексту психоаналитического знания. Это неудивительно, так как именно благодаря пси-

хоанализу в начале XX в. в европейской культуре впервые возникло и оформилось (причем не только в области медицинской практики «заботы о душе») понимание о наличии индивидуальной и коллективной бессознательной психической реальности, действующих в ней сил и энергий, динамике их формирования и влияния на нормальное и патологическое развитие личности, возможности научного исследования и воздействия на них. Именно с психоанализа начался процесс становления психотерапии как самостоятельной области профессиональной деятельности, который не завершился и поныне. Психоанализ впервые занял небывалое для прежних моделей психопрактики (преимущественно поведенческого и суггестивного характера) место в европейской цивилизации и до сих пор остается одним из наиболее признанных и влиятельных направлений не только психологии, психотерапии и медицины, но и гуманитарного знания в целом. Поэтому неслучайно в отечественной и зарубежной научной литературе в качестве синонимов психодинамической терапии зачастую выступают такие термины, как «психоаналитическая психотерапия», «исследовательская психотерапия», «психотерапия, ориентированная на инсайт» и т. п., в той или иной степени подчеркивающие принадлежность данного вида психотерапии к психоаналитическим принципам понимания человеческой психики.

С другой стороны, творческое развитие теории и практики психоанализа привело к возникновению разнообразных форм психотерапевтической практики, оперирующих понятиями и концепциями энергий, сил и конфликтов между ними, но в ряде случаев достаточно серьезно отходящих от ортодоксальной традиции.

Такая ситуация привела к тому, что до сих пор как у психоаналитиков, так и у представителей других направлений существует тенденция отождествлять психоанализ и психодинамическую терапию. Действительно, и психоанализ, и психодинамическая терапия используют психоаналитическое понимание функционирования психики человека; оба вида лечения пытаются изменить поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов, как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба обращают пристальное внимание на контрперенос. Но психоанализ в основном полагается на интерпретации, сосредоточивает внимание на развитии аналитических отношений, трактуя последние как закрытые с момента возникновения «невроза переноса», а также исходит из стандартизированных представлений о внешней среде, что выражается в использовании таких терминов, как «достаточно хорошая мать» или «среда умеренных ожиданий». Психодинамиче-

ские формы психотерапии, напротив, зачастую подчеркивают особенности реальной жизни пациента и минимизируют рассмотрение аспектов взаимоотношений «терапевт-пациент» (при условии, что они не препятствуют проведению терапии). Кроме того, психодинамические формы психотерапии, помимо традиционных, используют такие методы, как поддержка, совет, изменения в непосредственном окружении пациента и т. д. На первый взгляд эти теоретические расхождения незначительны, но они приводят к существенным различиям в практике.

В связи с этим психодинамическое направление в психотерапии сегодня можно представить в форме континуума, на одном из полюсов которого располагается психоанализ как герменевтический метод, концентрирующийся исключительно вокруг фантазий и их латентного (скрытого) содержания, а другой занимает однократная поддерживающая сессия. При этом необходимо отметить, что разница в местоположении на континууме не является качественным или количественным показателем отличия той или иной формы психодинамической терапии. Так, краткосрочная психотерапия (пока наиболее приемлемая и распространенная форма терапии в постсоветском пространстве) в силу своих временных ограничений требует от психотерапевта не меньших, а порой и больших знаний и умений в области работы с личностью.

Таким образом, под психодинамической терапией понимаются различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и соответственно акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т. п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и, таким образом, воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии

Как уже отмечалось, генезис теоретических представлений и методических приемов психодинамической терапии неразрывно связан с историей развития психоанализа. Становление психоаналитического учения, в свою очередь, наиболее полно может быть понято только сквозь призму жизненной динамики биографии его основателя — Зигмунда Фрейда и тех клинических случаев, которые послужи-

ли основой для создания аналитических построений (Анна О., Дора, маленький Ганс, Человек-волк, Человек-крыса и др.). Кроме того, как отмечает современный психоаналитик Х. Томэ, «профессиональное мышление и действия психоаналитика рождаются и развиваются в контексте его личной жизненной истории и в дискуссиях с работами Фрейда, которые переплетены с духовной историей нашего столетия».

Необходимость исторического обзора продиктована также и тем, что психоанализ часто рассматривают как целостную и последовательную систему мышления, что во многом, как указывают Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер, не соответствует действительности. Так, не все понятия психоанализа определены достаточно четко. Сам Фрейд в процессе эволюции своего учения неоднократно менял формулировки используемых понятий, пересматривал их, расширяя применение технических процедур. По мере развития и аспектного видоизменения психоанализа значения его понятий также подвергались изменениям. Более того, имели место случаи, когда один и тот же термин использовался в разных значениях на одном и том же этапе развития психоанализа. Ярким примером является многозначное использование таких понятий, как «Эго», идентификация, интроек-ция и др.

В дальнейшем из всего накопленного объема психоаналитического знания мы сосредоточим внимание лишь на тех аспектах, которые имеют непосредственное отношение к практике психодинамической терапии. При этом необходимо учитывать, что, когда мы говорим о том или ином аспекте психоанализа, необходимо сопоставлять его с конкретной исторической датой.

Классическая психоаналитическая теория Зигмунда Фрейда

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1865 г. в маленьком моравском городке Фрейберге в семье еврейского торговца. В гимназии он был одним из первых учеников, но для еврея высшее образование было возможно только в области медицины или юриспруденции. Под влиянием своих кумиров Ч. Дарвина и Й. Гете он в 1883 г. выбрал медицинский факультет Венского университета.

Обычно выделяют несколько этапов истории психоанализа, не вполне четко очерченных хронологически, но достаточно ясно различающихся по своим исследовательским интересам, теориям, терапевтическим целям и техникам.

Период формирования психоанализа (1880—1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории Э. Брюкке и

Т. Мейнерта, стажировкой в клиниках Ж.-М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с Й. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Впервые основы психодинамического понимания психической патологии и вытекающего из него психотерапевтического воздействия были заложены в клиническом случае пациентки, позже получившей широкую известность под именем Анны О. Как отмечает Р. Дадун, «эффект шока и первотолчка, который он произвел на него (Фрейда. — *Авт.*), позволяет считать данный случай начальной, нулевой отметкой в трех планах — историческом, терапевтическом и теоретическом» (Дадун Р., 1994).

Анна О., привлекательная и одаренная девушка 21 года, заболела во время ухода за находившемся при смерти отцом, которого она горячо любила. С декабря 1880 г. по июнь 1882 г. она страдала рядом довольно тяжелых расстройств, которые, по мнению врачей того времени, имели истерический характер: спастическим параличом правых конечностей с потерей чувствительности, нарушением движений глаз и зрения, трудностью удерживания головы, сильным нервным кашлем, отвращением к пище, нарушением речи (утратой способности говорить на родном языке и понимать его). Кроме того, у нее наблюдался «типичный», по мнению Р. Л. Стюарта, случай раздвоения личности. Как пишет А. Лоренцер, в одном состоянии сознания «она была вполне нормальна, в другом походила на озорного и непослушного ребенка... Переход от одного состояния к другому опосредовался фазой самогипноза» (Лоренцер А., 1996). С современной точки зрения можно предположить, что на самом деле это было состояние, подобное абсансу.

Несмотря на то что тогда к истерикам относились, как к злостным симулянтам, ее лечащий врач, знаменитый своими исследованиями физиологии дыхания, Йозеф Брейер отнесся к пациентке с интересом и участием. В один из своих визитов, который, по счастливой случайности, совпал с приступом, он заметил, что в самопроизвольном полутрансовом состоянии больная бормотала слова, которые, казалось, относились к каким-то занимавшим ее мыслям. Брейер запомнил эти слова, а затем, повергнув девушку в состояние гипноза, повторил их и попросил сказать еще что-нибудь на эту тему. «Больная пошла на это и воспроизвела перед врачом то содержание психики, которое владело ею во время спутанности и к которому относились упомянутые слова. Это были... фантазии, сны наяву, которые обычно начинались с описания положения девушки у постели больного отца. Рассказав ряд таких фантазий, больная как бы освобождалась и возвращалась к нормальной душевной жизни» (Фрейд З., 1989), но ненадолго.

Поскольку это имеет принципиальное значение для понимания метода, необходимо подчеркнуть, что когда больная «с выражением аффекта вспоминала в гипнозе, по какому поводу и в связи с чем известные симптомы появились впервые, то удавалось совершенно устранить эти симптомы болезни». Напротив, если по какой-либо причине воспоминания психотравмирующей сцены не сопровождались аффектом, то симптомы не исчезали. Первоначально Брейер назвал этот метод очистительным рассказом, а в книге 1895 г. «Исследования истерии» (*Studien uber Hysterie*) ввел термин «катартическая терапия». Далее Брейер дополнил вечерние сеансы подобной терапии ежеутренним гипнозом.

После примерно годичного курса Брейер отказался от лечения в связи с тем, что в его отношениях с пациенткой возникло то, что впоследствии получило название трансфера (переноса): он ежедневно посещал ее и только о ней и говорил, что вызвало ревность у его жены. Он сообщил о прекращении лечения Анне (которой к тому времени стало намного лучше) и попрощался с ней, но в тот же вечер его снова к ней вызвали, и он нашел ее в состоянии сильнейшего возбуждения. Пациентка, которую он считал до той поры совершенно бесполым существом, на протяжении всего лечения не делавшая и намека на интерес к этой предосудительной теме, испытывала истерические родовые муки (*pseudocyesis*) — следствие фантомной беременности, незаметно развившейся во время и вследствие катартической терапии. Когда ее спросили, что происходит, она ответила: «Это рождается ребенок от доктора Брейера» (Дадун Р., 1994). Несмотря на потрясение, Брейеру удалось успокоить ее посредством гипноза. На следующий день он вместе с женой уехал в Венецию во «второе свадебное путешествие». Впоследствии З. Фрейд в своем письме С. Цвейгу от 2 июня 1932 г. так выразил свое отношение к этому эпизоду: «В этот момент у Брейера в руках был ключ от „главных дверей”, но он выронил его. Несмотря на большую умственную одаренность, в нем не было ничего фаустовского. Придя в ужас от того, что случилось бы на его месте с любым врачом, не владеющим психоанализом, он обратился в бегство, поручив пациентку своему коллеге».

В дальнейшем дела несчастной пациентки шли не так хорошо, как можно было судить по публикациям Брейера. У нее произошло возвращение к прежнему состоянию, и она была помещена в санаторий в Гросс-Энцерсдорфе (где, кстати, у нее опять возник роман с лечащим врачом). Через год после завершения лечения Брейер посетовал Фрейду, что «она совсем свихнулась» и что он желает ей смерти, «чтобы освободить несчастную от страданий» (Лоренцер А., 1996). Тем не менее, она вновь поправилась, подружилась с женой Фрейда (которой приходилась дальней родственницей) и даже смогла самореализовать-

ся: стала первой в Германии и одной из первых в мире женщин, занявшихся социальной работой, и основала журнал и несколько учреждений, в которых готовились девушки — социальные работники.

В 1882 г. Брейер рассказал об этом случае Зигмунду Фрейду, в то время ординатору лаборатории профессора Эрнста Вильгельма фон Брюкке[1] (известного своими работами по микроскопической анатомии и физиологии зрения, пищеварения и голоса), который был на 14 лет младше его и только заканчивал медицинское образование.

Рассказ Брейера произвел впечатление на Фрейда, но в это время его основные интересы были связаны с биологией и он вернулся к рассмотрению данного случая только через несколько лет.

1882 г. был значим для истории психоанализа еще одним: Фрейд надеялся получить освобождающуюся должность в лаборатории, но у Э. Брюкке были два прекрасных ассистента, претендовавших на это место раньше Фрейда. Фрейд писал: «Поворот произошел в 1882 г., когда мой учитель, к которому я питал высочайшее возможное уважение, исправил великодушную щедрость моего отца, серьезно посоветовав мне, ввиду трудного денежного положения, оставить теоретическую карьеру» (Фейдимен Д., Фрейгер Р., 1994). Кроме того, Фрейд нуждался в средствах для содержания семьи.

Фрейд с неохотой обратился к частной практике, но его основными интересами все равно оставались научное исследование и наблюдение. Сначала он работал как хирург, потом — как терапевт, затем стал «семейным врачом» в главной больнице Вены. Он прослушал курс психиатрии, что пробудило его интерес к взаимосвязям между психическими симптомами и физическими болезнями.

Клиентура Фрейда включала несколько больных истерией, и он лечил их всеми доступными в то время методами, включая массаж, электротерапию, водолечение, длительный отдых, специальное питание и т. п. Не удовлетворенный результатами, он вспомнил о рассказе Брейера и попытался использовать гипноз как психотерапевтический метод.

---

[1] Заметим, что фрейдовское «биологизаторство» может быть прослежено до представлений самого Э. Брюкке, который, являясь приверженцем идей Германа фон Гельмгольца, однажды следующим образом сформулировал свою позицию: «Никакие силы, кроме обычных химических и физических, не действуют в организме. В тех случаях, которые не могут быть в настоящее время объяснены этими силами, нужно либо искать особый путь или особую форму их действий средствами физико-математических методов, либо предположить иные силы, соответствующие по статусу физико-химическим свойствам материи, сводимым к силам притяжения и отталкивания» (Фейдимен Д., Фрейгер Р., 1994).

В 1885 г. Фрейд получил стипендию для обучения в парижской клинике Сальпетриер (наряду с Нанси — крупнейшим центром по изучению гипноза в то время) у знаменитого французского психиатра Ж.-М. Шарко. «Ни один человек не имел на меня такого влияния... Мне случалось выходить с его лекций с таким ощущением, словно я выхожу из Нотр-Дама, полный новым представлением о совершенстве», — утверждал он позже (Дадун Р., 1994). Это неудивительно, так как Шарко был такой величиной в медицинском мире, что для него специально при Салпетриере была создана клиника нервных болезней. Ее специализацией стало лечение больных истерией. Как мы уже отмечали, в то время истерию считали симуляцией, а ее симптомы, в случае если их все же описывали (притом лишь у женщин), полагали связанными с заболеваниями матки из-за буквального восприятия этимологии слова (*usteria* — по-гречески «матка»), а некоторые врачи — с удалением клитора. Шарко же установил действительную сущность болезни, выявил ее наличие у мужчин, уточнил картину ее проявлений на основе изучения травматической истерии и проводил впечатляющие гипнотические «сеансы-спектакли». Один из них изображен на картине Андре Бруйе, которая висела в кабинете З. Фрейда. На ней мы видим женщину, изогнувшуюся в истерическом припадке, с заломленными руками, откинутой назад головой и непристойно выпяченным животом, Ж.-М. Шарко, аудиторию врачей-мужчин, а в глубине — схему, изображающую судороги.

После четырехмесячной стажировки у Ж.-М. Шарко З. Фрейд понял, что при истерии пациент демонстрирует симптомы, которые анатомически невозможны. Так, например, при «истерической анестезии» руки человек может ничего не чувствовать в нижней части руки (пальцах, ладони и пр.), но сохранять нормальные ощущения в запястье и верхней части руки. Поскольку нервы простираются от плеча по всей руке, этот симптом не может быть объяснен физической причиной. Кроме того, Шарко показал, что истерические симптомы можно вызвать или ослабить с помощью гипнотического внушения. М. Фуко выделяет еще одно следствие обучения З. Фрейда у Ж.-М. Шарко: «Фрейд был первым, кто всерьез принял реальность пары врач-больной и решился не отводить от нее ни своего взгляда, ни поиска, кто не пытался замаскировать ее психиатрической теорией, более или менее сочетаемой с прочими медицинскими познаниями... Он первым вывел все следствия из реальности этой пары. Фрейд демистифицировал остальные структуры сумасшедшего дома: он отменил молчание и взгляд извне, он снимает признание безумным на основании игры отражений, он заставляет умолкнуть инстанции проклятия. Но он, в свою очередь, эксплуатирует структуру, включающую в себя роль медика; он раздувает добродетели чудотворства, придавая

всемогуществу врача чуть ли не божественный статус» (Лоренцер А., 1996).

Ж.-М. Шарко считал З. Фрейда очень способным студентом и даже доверил ему перевод своих сочинений на немецкий. Фрейд, в свою очередь, вернулся в Вену с «безмерным восхищением» по поводу Шарко, которое нашло отражение в докладе Венскому медицинскому обществу и привело в раздражение венских светил от медицины.

В ряду «пионеров» психодинамического направления, наряду с Брейером и Шарко, была еще одна личность, оказавшая существенное влияние не только на психоаналитическое учение Фрейда, но и аналитическую психологию К. Г. Юнга и индивидуальную психологию А. Адлера, а также позже возникшие в лоне психоанализа школы неофрейдистов, эгопсихологии и объектных отношений, — французский исследователь Пьер Жане, которого Фрейд считал «наследником трудов Шарко по истерии» (Лоренцер А., 1996) и который, согласно работе Г. Элленбергера «Открытие бессознательного», может соперничать с Фрейдом за приоритет открытия бессознательного и модели личности.

Жане, будучи преподавателем гимназии в Гавре, обратился к исследованию гипноза и истерии. Между 1882 и 1888 гг. он проводил в Гавре исследования, результаты которых публиковались в «Revue philosophique». Его открытия касались взаимосвязи между истерической симптоматикой и жизненной историей пациента, на основании изучения которой он построил свою теорию истерии как следствия диссоциированной психики.

Ядром этой теории является конституциональная патология — неспособность индивида к психическому «синтезу» (то, что современная психоаналитическая эгопсихология назвала бы «слабостью „Я"»). Вот как излагает ее сущность сам Фрейд: «У Жане мы обнаруживаем теорию истерии, которая во Франции является господствующим учением о роли наследственности и вырождения. Согласно этому учению, истерия есть форма изменения нервной системы, которая дает о себе знать через врожденную слабость психического синтеза. Истерические больные с самого начала не способны объединять многообразие душевных процессов, а к этому добавляется склонность к душевной диссоциации. Если вы позволите мне банальное сравнение, то истерики у Жане напоминают глупую женщину, отправившуюся за покупками и возвращающуюся нагруженной кучей свертков и пакетов. Двумя руками и десятью пальцами она с этой грудой никак не справляется, а потому свертки падают один за другим. Она наклоняется, чтобы поднять один, но в это время роняет другой и т. д.» (Лоренцер А., 1996).

Далее об открытиях Жане и его вкладе в психодинамическое понимание истерической патологии Фрейд писал так: «Шарко пытался

устранить многообразие форм проявления путем описательных формул; Пьер Жане признавал бессознательные представления, скрывающиеся за такими припадками; психоанализ добавил к этому, что они являются мимическими представлениями пережитых и сохранившихся в памяти сцен, которые занимают фантазию больных, не доходя до их сознания» (Лоренцер А., 1996).

Но давайте оставим в стороне споры о приоритете и рассмотрим бесспорный вклад Жане в психодинамическое понимание психопатологического функционирования человеческой психики.

Во-первых, он первый указал на временную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в его описаниях случаев Люси (1886), Марии (1889), Марселя (1891) и Ахилла (1893) можно прочитать о травмах «13 лет», «6 лет» и др.

Во-вторых, он первый указал на содержательную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в описываемых им случаях почти все истерические феномены объясняются содержанием полученных психических травм («судьбоносных событий»).

В-третьих, все психотравмы обрисовываются им как социальные травмы. Так, например, в случае Марии П. Жане пишет, что источником ее психопатологических проблем является не сам по себе опыт первой менструации, а ее социальный контекст: «господствующие воззрения» сгустились у пациентки в субъективное впечатление о том, что менструация есть «нечто постыдное».

В-четвертых, Жане рассматривает социальную травму как травмирующие отношения. Так, он приводит клинический пример психотравмы, когда «в высшей степени чувствительного шестилетнего ребенка» родители, несмотря на его крики и протесты, укладывают в одну постель с больным сверстником.

И наконец, в-пятых, Жане прямо рассматривает психотравмирующее воздействие как повреждение структуры личности.

Открытие Жане жизненно-исторического значения симптомов базировалось на разработке некоторых методических правил, позже нашедших свое отражение и в практике психоанализа:

1) пациентов нужно обследовать только наедине, без свидетелей;

2) необходимо точно записывать все, что сказал или сделал пациент;

3) следует в точности проверять всю историю жизни и предшествующего лечения пациента.

Вернувшись в Вену в апреле 1886 г. и безуспешно пытаясь донести до медицинского сообщества французские идеи о сходстве между явлениями психической диссоциации, которые можно вызвать гипнозом и которые характерны для истерических больных, Фрейд начал широко и систематически использовать гипнотическое внушение

в своей частной практике, так что Т. Мейнерт даже начал считать его «простым гипнотизером». С целью усовершенствования своей техники гипноза летом 1889 г. Фрейд отправляется на вторую стажировку во Францию в Нанси к Огюсту Амбруазу Льебо и Ипполиту Бернгейму. Необходимо сказать, что в отличие от школы Шарко, считавшей гипноз ненормальным явлением, нансийская школа развивала анимистическую теорию гипноза, согласно которой гипноза не существует, а есть только внушение. Через внушение объяснялось и возникновение психоневрологических нарушений. Этот комплекс идей определял и своеобразие психотерапевтического метода. Терапевты этой школы лечили все заболевания; каждый пациент лечился на глазах у всех остальных, не обращая внимания на окружающий шум; преобладающую часть пациентов составляли лица «низкого сословия», так как Бернгейм учил, что «гипноз легче проводить с людьми, привыкшими к пассивному послушанию, например среди бывших солдат или фабричных рабочих» (Лоренцер А., 1996).

Вот как описывает свои наблюдения сам З. Фрейд: «В 1889 г. я видел старого и трогательного Льебо, принимающего женщин и детей пролетарского населения Нанси... Больной сидит, он кладет ему руку на лоб и, даже не глядя на него, говорит: „Сейчас вы уснете". Затем закрывает ему глаза, уверяя, что тот спит. Поднимает руку пациента: „Вы не можете опустить руку". Если больной ее опускает, Льебо делает вид, что ничего не замечает. Затем заставляет его вращать предплечьями, уверяя, что тот не может остановиться. При этом он сам очень быстро вращает руками и говорит, говорит без остановки сильным и вибрирующим голосом» (Ахмедов Т., Жидко М., 2003).

Вдохновленный увиденным и в то же время хорошо понимавший ограничения и недостатки гипноза как психотерапевтического метода, по возвращении домой в случае Эмми фон Н. (страдавшей спазмами лица и странным цоканьем языком) Фрейд впервые применил «лечение словом» по Брейеру. Затем он пошел дальше и в течение некоторого времени использовал модифицированную «технику концентрации». С помощью наложения рук или одного пальца на лоб и осуществляя легкие нажимы, он просил пациента сконцентрироваться на том, что его беспокоит, и постараться вспомнить, когда этот симптом появился впервые. При этом в общении с больными он вел себя достаточно настойчиво и провокативно, в стиле следователя: подвергал пациента психологическому давлению, задавал мучительные вопросы, подталкивал к «правильным» ответам, стараясь вырвать вынужденные признания. Поскольку одна из больных (Эмма фон Н.) пожаловалась, что эти постоянные вопросы мешают ей следить за своими мыслями, Фрейд осознал чересчур авторитарный характер своего метода и стал меньше вмешиваться, позволяя пациенту все

более свободно и спонтанно предаваться процессу ассоциирования, который становится ключевым моментом психотерапии.

Последовательное очищение метода Фрейда отчетливо просматривается в его разнообразных работах об истерии и неврозах, опубликованных за 10 лет, с 1886 по 1896 г. Вокруг центральной книги «Исследования истерии» (1895), написанной в соавторстве с Брейером, группируются статьи, которые проливают свет на природу, причины и эволюцию нервных расстройств, в которых авторы пытаются дать необходимую классификацию и т. п.

Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерический невроз теорией травмы. («Травма» в дословном переводе с греческого означает «рана», «повреждение», «результат насилия».) Согласно этой теории, невроз рассматривается как следствие травматических переживаний — соблазнения, насилия, психологической депривации, которые не были утилизированы обычным способом, т. е. посредством «сознательных рефлексов» или постепенного «уничтожения». Вместо этого аффекты и/или связанные с ними воспоминания отделились (диссоциировались) от сознания, в то же время стремясь тем или иным путем (в том числе и в виде психопатологических симптомов) вернуться в него. Таким образом, заявляли авторы, «истерик страдает от воспоминаний».

Брейер и Фрейд также предположили, что дальнейшее поддержание диссоциации связано с тем, что либо воспоминания по тем или иным причинам непереносимы для «Эго» пациента (причем, в этом случае термин «Эго» использовался в значении «Самости» («Я»), что не тождественно более позднему понятию «Эго» в структурной теории), либо психологическая травма имела место, когда сам пациент находился в диссоциированном состоянии сознания, получившего название гипноидного состояния.

Психотерапия, основанная на этой модели, заключалась в работе по возвращению «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме катарсиса (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или абреакции (спонтанного эмоционального отреагирования).

Кроме того, необходимость подобной разрядки вытекала из принципа постоянства, согласно которому, по мнению авторов, в нервной системе имеется так называемая «сумма возбуждения», изменяющаяся в результате психических раздражений и обладающая тенденцией к уменьшению количества возбуждения для нормальной деятельности организма. Брейер и Фрейд были уверены, что одной из основных функций психического аппарата является поддержание постоянного уровня «суммы возбуждений». Они также рассматривали возбуждение, как физическую реальность, физиологический раздражитель,

воздействующий на нейрон и требующий разрядки по типу рефлекторной дуги. Этот процесс сравнивался с электрическим зарядом, который в англоязычной литературе получил название катексиса. Таким образом, в английских и русских переводах работ З. Фрейда передается немецкое слово *besetyung* — «занятие», «оккупация», «вложение».

Рассматривая проблему возвращения «забытого» в сознание пациента, Фрейд сформулировал фундаментальное положение о том, что пациенты активно сопротивляются воспоминаниям болезненных переживаний и событий, которые целенаправленно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот защитный процесс он назвал вытеснением, считая, что с его помощью сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и переживаниями. Принятие подобного положения привело к введению еще одного психодинамического понятия — интрапсихического конфликта, под которым понимается противоречивость требований внутри субъекта.

В дальнейшем Фрейд пришел к выводу, что описанный им процесс диссоциации присущ не только психоневрозам, но имеет место у любого человека в виде оговорок, описок, ошибочных действий и т. п., чему он посвятил свою работу «Психопатология обыденной жизни».

Мысль об активности процесса диссоциации в разной форме остается основополагающим положением в работах по психодинамической терапии, хотя в разное время и Фрейд, и другие исследователи выдвигали на первый план различные аспекты содержания диссоциированных и бессознательных элементов психического.

Проиллюстрируем описанные теоретические построения примером из книги «Исследование истерии».

Катарина, девушка 18 лет, была родственницей хозяев гостиницы, где Фрейд остановился во время поездки в горы. Узнав, что он врач, она обратилась к нему за помощью в связи с «болями при дыхании», которые развивались примерно по следующей схеме: «резь и ощущение давления в глазах — тяжесть в голове — гул в ушах — головокружение — затрудненное дыхание — тревожность из-за ощущения, что кто-то стоит за спиной». После длительного опроса Фрейду удалось заставить Катарину вспомнить, как два года назад она «застукала» своего дядю с кузиной Франциской, когда «он лежал на ней», и как после этого инцидента она три дня страдала рвотой. Опираясь на эти данные, Фрейд заявил, что аффект возбуждения, вызванный увиденным, и воспоминания о том, как дядя пытался ее соблазнить, привели к развитию у этой девственницы «гипноидного» состояния, которое, в свою очередь, трансформировалось в истерическую симптоматику «отвращения».

Сразу же после выхода книги, весной 1896 г., произошел разрыв Фрейда с Брейером. Он был связан как с разногласиями по поводу

роли сексуальности в этиологии неврозов, так и с возрастающим влиянием другой дружбы Фрейда — с Вильгельмом Флиссом, немецким отоларингологом, посещавшим в Вене лекции Фрейда по неврологии. Именно он пробудил интерес Фрейда к проблемам пола, и в частности бисексуальности и детской сексуальности. Флисс занимался заболеванием носа, которым страдал Фрейд. Используя свою широкую биологическую эрудицию, он установил тесную связь (в некотором роде даже структурную) между носом и гениталиями и утверждал, что существуют «сексуальные периоды» — временные периоды, аналогичные менструальным периодам у женщин, но исчисляющиеся двадцатью тремя днями, которые определяют такие события личной жизни, как рождение, болезнь, зачатие, смерть и т. п. Фрейд в письмах или на «маленьких конгрессах» (которые они проводили в горах или в Берлине) сообщал Флиссу обо всех своих мыслях и экспериментах. При этом Флисс играл для него важную роль поверенного или «резонатора» либо, говоря психоаналитическим языком, явился новым объектом идеализированной фигуры.

Влияние Флисса на Фрейда особенно ярко проявилось в драматической ситуации, разыгравшейся в связи с теорией соблазнения. Развивая идеи психической травматизации, Фрейд выдвинул предположение, что истерический невроз и невроз навязчивых состояний являются следствием сексуального совращения, действительно имевшего место в детстве (преимущественно раннем) и чаще всего совершенного отцом. Основанием для подобного утверждения послужило клиническое открытие того, что в ходе лечения пациенты порой вспоминали об опыте сексуального обольщения — живых сцепах, в которых инициатива принадлежала другому человеку (в большинстве случаев взрослому), а содержание менялось от простых словесных намеков или жестов до более или менее явных случаев сексуального совращения, вызывающих испуг, но пассивно претерпеваемых субъектом.

В упрощенном виде эта теория предполагала, что травма возникает на двух этапах, отделенных друг от друга периодом полового созревания. Первый этап, или этап соблазнения в собственном смысле слова, характеризовался Фрейдом как «досексуальное событие» сексуальной жизни, обусловленное факторами, внешними по отношению к субъекту, который еще не способен испытывать сексуальные эмоции в связи с отсутствием соматических условий возбуждения и невозможностью освоить этот опыт. Соответственно момент соблазнения не подвергается вытеснению. Лишь на втором этапе другое событие (не обязательно имеющее собственно сексуальное значение) ассоциативно вызывает в памяти первое событие. Из-за прилива эндогенных возбуждений воспоминание подвергается вытеснению.

При активной поддержке Флисса Зигмунд Фрейд уже в более решительной форме объявил о своем открытии в печати и выступил с лекцией в местном Обществе психиатрии и неврологии. «Эти ослы встретили лекцию ледяным молчанием», — так он описывал реакцию на это сообщение. Мало того, признанный авторитет в области сексопатологии Р. Крафт-Эббинг заявил, что это прозвучало как научно изложенная волшебная сказка. Поэтому, когда в 1897 г. Фрейд установил, что многие из так называемых «воспоминаний» о травматических переживаниях, рассказанных пациентами-истериками, фактически не являются воспоминаниями о реальных событиях, а представляют собой отчеты о фантазиях, он отказался от первоначальной теории, заявив, что она провалилась из-за собственного неправдоподобия. (Справедливости ради отметим, что по недавно опубликованным данным доктора Эстер Кнорр Андерс, собранным в специализированном центре для анонимного обследования детей, подвергшихся сексуальному насилию, ежегодно в Германии около 1000 детей становятся объектом развратных действий, при этом 80 % из них — девочки, а 98 % преступников — мужчины и в 1/3 случаев — отцы своих жертв. Еще в 65 % случаев — это другие члены семьи, а также друзья и знакомые. И лишь в 5 % случаев это совершенно чужие люди. Кроме того, эти данные, без сомнения, являются заниженными, так как далеко не все дети, оказавшиеся в подобной ситуации, обращаются за помощью в специализированные центры. Таким образом, можно признать, что первоначальная гипотеза З. Фрейда об инцестуозных наклонностях отцов сегодня может быть достаточно обоснована, что, впрочем, не исключает и более поздней идеи о сексуальных фантазиях детей (Фрейд А., Фрейд З., 1997)).

Тем не менее, провалившаяся теория соблазнения сыграла значительную роль в истории развития психодинамических идей. Вот как это описывал сам Фрейд: «Хотя и верно, что истерики возводят свои симптомы к мнимым травмам, момент новизны заключается в том, что подобные сцепы создаются фантазией, а потому наряду с практической реальностью необходимо учитывать и реальность психическую. За этим вскоре последовало открытие того, что эти фантазии способствовали сокрытию аутоэротической активности ребенка в первые годы жизни, ее приукрашиванию и возвышению. А теперь за всеми этими фантазиями возникает картина сексуальной жизни ребенка во всей ее полноте» (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 1996). Кроме того, с течением времени ряд аналитиков в той или иной степени возвращались к идеям теории соблазнения. Так, например, Ш. Ференци в 1932 г., развивая положения этой теории, показал, что взрослая сексуальность с ее «языком страстей» является следствием надлома детского мира с его «языком нежности». В табл. 9 в краткой форме приведено сравнение обеих теорий.

Таблица 9

Психоаналитические теории неврогенеза

Основные психодинамические положения	Теория травмы	Теория инстинктов
Соотношение жертва/виновник	Пациент — жертва соблазнов, насилия и психологической жестокости	Пациент — виновник, так как, будучи ребенком, он желает овладеть матерью/отцом, устранив отца/мать
Соотношение реальность/фантазия	Реальность	Фантазия
Главные направления и представители	Ш. Ференци и так называемая «венгерская школа» (М. Балинт, Д. В. Винникотт, Х. Когут, сэлф-психология), а также А. Миллер и А. Янов	Главные направления психоанализа, эгопсихология, теория объектных отношений

Внезапное прекращение Фрейдом почти двадцатилетней дружбы с Брейером, который по-отцовски его опекал, оказывал стимулирующее интеллектуальное влияние, помогал материально, посылал пациентов и т. п., оставило у него в душе чувство глубокой горечи, нашедшей отражение в резких выпадах против старого друга.

В октябре 1896 г. умер отец Фрейда, и это стало одной из поворотных точек в развитии психоанализа. Именно в это время впервые употребляется термин «психоанализ», с этого момента начинается самоанализ Фрейда и второй этап развития психоанализа.

На втором этапе развития психоанализа (1896–1923 гг.) происходит постепенный переход от теории травмы к теории инстинктов или влечений (драйвов), то есть к изучению бессознательных желаний и побуждений, а также того, как последние проявляются внешне. В различных (не только русскоязычных) переводах фрейдовский термин *trieb* интерпретируется либо как инстинкт, либо как влечение. Как отмечают Ж. Лапланш и Ж.-Б. Понталис, «фрейдовская концепция влечения как побуждающей силы, не предопределяющей жестко ни формы поведения, ни типа объекта, приносящего удовлетворение, отлична от теорий инстинкта, как традиционных, так и современных, опирающихся на новейшие исследования (ср. понятие паттерна, или схемы поведения, внутренних механизмов „запуска" поведения, особых стимулов-сигналов и пр.)». Это был период, в ходе которого возникли основные подходы в понимании функционирования психики:

динамический, топографический, энергетический и структурный. Большинство клинических понятий, которые используются в психодинамической терапии, также были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

Реакция на смерть отца и признание обострившегося в связи с этим собственного «опытного невроза» заставили Фрейда обратиться внутрь себя и начать исследовать методом свободных ассоциаций наиболее доступный материал — материал снов. Помимо этого, интерес Фрейда к сновидениям был обусловлен тем, что они являются нормальными процессами, знакомыми каждому, и в то же время могут служить примером того, как работают механизмы формирования невротических симптомов. Самоанализ позволил Фрейду прийти к заключению, что чаще всего образы и сюжеты сновидений тесно связаны с детскими чувствами, такими как любовь к матери, соперничество с отцом, страх кастрации и т. п., вытесненными с наступлением взрослости, но продолжающими оказывать воздействие на образ жизни человека в виде бессознательных желаний. (Отметим, что вначале метод самоанализа представлялся З. Фрейду основополагающим. Впоследствии он стал более сдержанно относиться к нему, опасаясь подмены им психоанализа в собственном смысле слова. Сегодня многие психоаналитики считают, что самоанализ — особая форма сопротивления психоанализу, связанная с потаканием нарциссизму и устранением главного терапевтического фактора — трансфера. Однако у некоторых авторов (например, К. Хорни) самоанализ рекомендуется и выступает как дополнение к основному лечению, как его подготовка или продолжение.) Результатом этого титанического труда стала появившаяся в 1900 г. фундаментальная работа «Толкование сновидений», собравшая воедино результаты всех предыдущих исследований.

Прежде чем перейти к ее рассмотрению, отметим, что в анализе сновидений в неявной форме нашли свое отражение метапсихологические подходы к функционированию психики, более четко сформулированные позже (в частности, в статье 1914 г. под названием «Бессознательное»):

1) динамический подход, рассматривающий психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;

2) топографический (систематический) подход, рассматривающий психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;

3) экономический подход, который пытается проследить чередование различных возбуждений и прийти к сравнительной оценке их значимости.

Все научные теории сновидений, существовавшие в то время, рассматривали их как психическое явление, связанное со снижением

(или особого рода искажением) обычной психической активности. Практически никто из авторов, занимавшихся этой тематикой, не попытался выявить возможное отношение между содержанием сновидения и личной историей сновидца. Несмотря на свою приверженность академическим традициям, Фрейд последовал по пути исследования сновидений, представленных в античных, восточных и прочих «сонниках», прежде всего фокусировавшихся на тайном смысле символики сновидений. Впрочем, следует отметить, что в отличие от «сонников» З. Фрейд переносит фокус внимания на применение сновидной символики лишь к одному отдельно взятому индивиду, и в этом смысле его метод противоположен приемам истолкования в сонниках.

Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью интерпретации (толкования) — специальной процедуры, придающей сновидениям (либо симптомам или цепочкам свободных ассоциаций) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя:

а) явное (манифестное) содержание, то есть сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят;
б) скрытое (латентное) содержание, которое раскрывается путем интерпретации.

Фрейд также полагал, что существует работа сновидения, переводящая скрытое содержание в явное, и, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание — это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами:

1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом;

2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего «Эго».

Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие цензора (цензуры) — психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. Кошмары и тревожные сны составляют неудачи в работе

сновидений, а травматические сновидения (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что материалом сновидений выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т. п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. Механизмами работы сновидений (как и формирования симптомов) являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

Конденсация (сгущение) — процесс, посредством которого два (или более) образа объединяются (или могут быть объединены) так, чтобы образовать составной образ, наделенный смыслом и энергией, полученными от обоих. Он может осуществляться по-разному: иногда из множества элементов сновидений сохраняется лишь один элемент (тема, персонаж и т. п.), многократно встречающийся в различных скрытых содержаниях («ядро»); иногда различные элементы складываются во внутренне разнородную совокупность (например, персонаж, составленный из черт разных людей); иногда соединение различных образов может приводить к затушевыванию различий и усилению общих черт.

Смещение — процесс, посредством которого энергия перемещается с одного образа на другой. Так, например, в сновидениях один образ может символизировать другой.

Драматизация (учет образности) — процесс отбора и преобразования сновидных мыслей в образы, прежде всего зрительные. Так, например, абстрактное понятие «унижение» может быть образно представлено как уменьшение в размерах или падение на нижнюю ступень лестницы.

Символизация — процесс косвенного, образного представления бессознательного желания или конфликта за счет использования устойчивых отношений между символом и символизируемым бессознательным содержанием, наблюдаемых не только у отдельного человека, но и в самых различных областях (миф, религия, фольклор, язык и т. п.). Считается, что в сновидениях детей этот механизм используется реже, чем у взрослых, поскольку детские желания искажаются меньше или не искажаются совсем. Хотя психоанализ открыл множество символов, общая область символизируемого весьма ограничена: тело, родители и кровные родственники, рождение, смерть, нагота и особенно сексуальность (половые органы, сексуальный акт и т. п.).

Интерпретация (вторичная обработка) — процесс переделки сновидения с целью представить его в виде более или менее связного сценария. Этот процесс вступает в действие при обработке продуктов, полученных в результате действия других механизмов, и осуществляется

главным образом в состоянии, близком к бодрствованию, особенно когда пациент рассказывает о своем сновидении. Зачастую вторичная обработка использует уже сложившиеся сновидения.

Все эти процессы З. Фрейд назвал первичными процессами, противопоставив их вторичным процессам. В первичных процессах энергия свободно перемещается, при этом игнорируются законы пространства и времени, они управляются принципом удовольствия — то есть принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем галлюцинаторного исполнения желания. Идея принципа удовольствия (первоначально представленного как принцип неудовольствия) основывалась на уже знакомой нам гипотезе принципа постоянства возбуждения (гомеостаза), согласно которой «психический аппарат стремится поддерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком уровне и устойчивом уровне» (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 1996). Вторичные процессы подчиняются правилам формальной логики, используют связанную энергию и управляются принципом реальности — принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем адаптивного поведения.

Фрейд расценивал первичные процессы как филогенетически и онтогенетически более ранние по сравнению с вторичными (с этим связана и терминология) и считал их неотъемлемым свойством слабую адаптивность. По его мнению, все развитие «Эго» вторично по отношению к вытеснению первичных процессов. Вторичные процессы развивались наравне и одновременно с «Эго» и с адаптацией к внешнему миру, а поэтому они теснейшим образом связаны с вербальным мышлением. С этих позиций грезы, образная и творческая деятельность, а также эмоциональное мышление являются смешанными проявлениями обоих процессов.

В «Толковании сновидений» были заложены основы научного понимания бессознательного. И до Фрейда в естественных науках, философии и литературе в том или ином значении употреблялись понятия «бессознательного», «неосознаваемого», «влечений» и т. п. и указывалось на их значимость в психической жизни человека (Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц, К.-Г. Карус, Э. фон Гартман, И. Ф. Гербарт, А. Шопенгауэр, Э. Т. А. Гофман и др.). Однако только Фрейд смог исследовать бессознательное и создать на этой основе его метапсихологическую картографию.

Говоря о содержании, функциях и механизмах сновидений, Фрейд различал сознание и бессознательное. Он писал: «Толкование сновидений — это королевская дорога к познанию бессознательной активности мозга». При этом понятие «бессознательное» Фрейд употреблял в нескольких значениях: во-первых, для обозначения совокупности

содержаний, не присутствующих в актуальном поле сознания, во-вторых, как систему, состоящую из содержаний, не допущенных в предсознание и сознание в результате вытеснения. Представление о системах бессознательного, предсознания и сознания получило название первой топики (топографической модели).

Согласно этой топике, основные черты бессознательного сводятся к следующему:

1) содержания бессознательного являются репрезентаторами влечений, то есть элементами или процессами, в которых выражаются влечения, эти содержания управляются особыми механизмами первичных процессов;

2) содержания бессознательного, сильно нагруженные энергией, стремятся вернуться в сознание и проявиться в поведении, однако они способны найти доступ к системе предсознание — сознание лишь в результате компромиссов (психических образований, представляющих обе стороны конфликта), будучи искаженными цензурой;

3) фиксации в бессознательное чаще всего подвергаются детские желания.

Предсознание содержит в себе материал, не входящий в актуальное поле сознания и поэтому являющийся бессознательным в первом значении этого понятия (например, неактуализированные знания и воспоминания). При этом он отличается от содержаний системы бессознательного тем, что остается доступным сознанию и управляется вторичным процессом. Кроме того, он отделен от бессознательного цензурой, которая допускает бессознательные содержания и процессы в предсознание лишь в преобразованном виде.

Сознание (или система восприятие — сознание) находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира. В отличие от бессознательного и предсознания сознание не имеет никакой памяти или, точнее, мнестические следы остаются в ней ненадолго. С точки зрения экономического подхода, сознание отличается тем, что располагает свободно перемещающейся энергией и может нагружать ею тот или иной элемент (таким образом психоанализ объяснял механизм внимания). Кроме того, Фрейд считал, что сознание играет важную роль как в динамике конфликтов (сознательное избегание неприятного и более тонкое регулирование принципа удовольствия), так и в динамике терапии (границы и функции осознания).

Фрейд также предполагал, что между этими системами пролегают границы, которые при определенных условиях могут быть полупроницаемыми или полностью проницаемыми. Степень этой проницаемости определяется цензурой, определенным образом трансформирующей динамический материал. Заметим, что топографическая модель

вполне согласуется с современными данными психологии памяти и восприятия, а также с моделью реактивного возбуждения в теории научения и поведенческой терапии.

Развитие представлений о возбуждении и его взаимосвязи с детскими желаниями, фиксированными в бессознательном (в частности, с уже описанным в «Толковании сновидений» эдиповым комплексом), а также исследование извращенных форм человеческой сексуальности привели к тому, что в своей следующей работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд ввел и стал рассматривать понятие влечений (инстинктов) и их «судьбы». Он считал, что они имеют:

1) биологический источник;
2) запас энергии этого источника;
3) цель, то есть осуществляют специфические для данного влечения действия, ведущие к его удовлетворению и к разрядке заключенной в нем энергии;
4) объект, в отношении которого эта цель может быть достигнута.

На данном этапе психоанализ предполагал, что неудача в нахождении объекта и достижении цели влечения (инстинктивной цели) ведет к фрустрации влечения и к увеличению инстинктивного напряжения. Это повышенное напряжение переживается, как страдание. В соответствии с принципом удовольствия это страдание ведет либо к возрастанию активности в достижении разрядки, либо к введению механизмов защиты для уменьшения напряжения («Эго» реагирует на угрозу инстинктивного напряжения, превышающего порог толерантности, сигнальной тревогой, которая стимулирует «Эго» к введению защитных мер).

В более поздней работе 1915 г. Фрейд описал четыре «превратности», которым может подвергаться влечение:

а) обращение в свою противоположность (обычно замена активной роли на пассивную);
б) поворот против себя, то есть использование себя в качестве инстинктивного объекта;
в) вытеснение;
г) сублимация, в результате которой энергия влечений в конечном счете разряжается в действиях, лишь символически связанных с первичной инстинктивной целью. (Как отмечает Ч. Райкрофт, подобное рассмотрение влечений с той или иной степенью вероятности применимо только к сексуальным и агрессивным влечениям.)

Несмотря на то что Фрейд признавал наличие у человека множества различных инстинктов (влечений), он был последовательным сторонником дуалистической теории инстинктов (влечений). Фрейд предполагал, что все инстинкты можно разделить на две группы, антагонистически настроенные по отношению друг к другу, и конфликты

между этими двумя группами несут ответственность за невроз. Однако на разных этапах его представление о том, что именно представляют собой данные группы, менялось. Так, во втором периоде он считал, что это сексуальное влечение и влечения «Эго», соответствовавшие биологическим инстинктам воспроизведения потомства и самосохранения (причем под самосохранением Фрейд понимал жизненно важные потребности и функции, прообразом которых являлись голод и функция пищеварения).

В связи с этим Фрейд прояснил и понятие либидо (энергии, служащей подосновой всех преобразований сексуального влечения), которое он использовал начиная с 1896 г. Если в первых сочинениях понятие «либидо» обозначало энергию, качественно отличную от соматического сексуального возбуждения, то теперь либидо (относящееся к любви, как голод к пищевому инстинкту) предстало и как количественное понятие, как нечто подобное сексуальному желанию, нацеленному на удовлетворение. «Его возникновение, его возрастание и убывание, распределение и перемещение позволяют нам объяснить психосексуальные явления».

Кроме того, в этой работе Фрейд полностью опроверг привычные представления о нормальной и ненормальной сексуальности. Как он сам пишет, главные открытия психоанализа в этой области заключались в следующем:

1. Сексуальная жизнь начинается не с наступлением половой зрелости, а вскоре после рождения.

2. Нужно четко различать понятия «сексуальное» и «половое». Первое понятие значительно шире и включает в себя многие проявления, не имеющие ничего общего с гениталиями.

3. Сексуальная жизнь включает в себя функцию получения удовольствия от различных зон тела — функцию, которая впоследствии была использована в целях воспроизводства. Однако две эти функции редко совпадают полностью.

Фрейд постулировал ряд последовательных либидных стадий и фаз, сфокусированных на различных участках тела (эрогенных зонах), через которые проходит индивид, начиная с младенчества. Он считал, что эти фазы синхронны параллельной серии фаз развития «Эго».

Начало сексуальной жизни характеризуется двумя фазами, отличающимися ролью, которую играют эрогенные зоны (доминирующая или недоминирующая). Первая, или прегенитальная, фаза сексуального развития представляет собой динамический процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни. Затем следует латентный период, после чего с момента возрождения сексуального импульса в период половой зрелости начинается вторая, или генитальная, фаза.

В прегенитальной фазе обычно выделяют три отдельные стадии сексуального формирования (до- или преэдиповы), через которые индивиды обоих полов проходят одинаково.

Наиболее примитивная стадия наделения либидо понимается как диффузное распространение энергии влечений по всему телу (внутри и по кожной поверхности), постепенно фокусирующееся возле ротовой области.

Оральная стадия связана со ртом как с первичным органом удовольствия, через который младенец осуществляет контакт со своим первым объектом желания — материнской грудью. Когда грудь отнимается или является недоступной, он прибегает к суррогату (например, пытаясь удовлетвориться сосанием пальца или какого-то другого предмета). Этот интерес к области рта, никогда полностью не исчезающий, заметен в удовольствии, которое взрослые получают при курении, еде, поцелуях и оральных формах секса. Оральная стадия, в свою очередь, иногда подразделяется на два этапа. Ранний оральный (инкорпоративный) этап этой стадии развития может быть виден непосредственно после рождения и перед тем, как младенец получил грудь, так как сосательные движения наблюдаются еще до подлинного сосания. С прорезыванием первых зубов в возрасте шести месяцев младенец начинает вести себя все более активно и агрессивно, вступая в орально-садистический этап. Этот более поздний этап был описан Карлом Абрахамом, эмбриологом, которому принадлежит большая часть разработки первоначальной фрейдовской теории психосексуального развития.

Оральную стадию частично перекрывает и сменяет анальная стадия. Анально-садистический этап этой стадии заключается в появлении импульса к господству, укреплении мускулатуры тела и усилении контроля над сфинктерами. Анально-ретентивный этап связан с тем, что эрогенная слизистая мембрана ануса также проявляет себя как орган, характеризующийся пассивной сексуальной целью. Из-за этого агрессивное первоначальное выталкивание сменяется удержанием. С этой стадией связаны такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство (в совокупности определяющие так называемый «анальный характер»).

В конце третьего года сексуальный интерес смещается на генитальный аппарат (фаллос у мальчиков и клитор у девочек) и наступает фаллическая стадия. (Слово «фаллический» было использовано З. Фрейдом для указания на то, что сексуальным объектом являются не гениталии как таковые, а именно фаллос, потому что данная стадия, по его мнению, знает лишь один вид гениталий — мужской. Позднее многие психологи активно критиковали эту «фаллоцентрическую» ориентацию Фрейда.) В отличие от аутоэротических доэдиповых стадий (которые иногда определяют как нарциссические, так

как в них отсутствует объект любви), фаллическое удовлетворение требует внешнего объекта. В это время наибольшее удовольствие детям доставляет мастурбация. Именно в это время мужское и женское сексуальное развитие становится дифференцированным.

На эдиповом этапе (названном так в честь главного героя трагедии Софокла «Царь Эдип») наступает высшая точка инфантильной сексуальности, и преодоление усилий данного периода при достижении взрослой сексуальности считается необходимым для нормального развития, тогда как бессознательная фиксация на эдиповых тенденциях является типичной для невротической психики.

На ранних стадиях маленький мальчик совершает «вложение» либидо (объект-катексис) в свою мать и идентифицирует себя с отцом. В течение фаллической стадии объект-катексис мальчика к своей матери усиливается и у ребенка появляется желание избавиться от отца и занять его место рядом с матерью (позитивная форма). Угроза кастрации (кастрационная тревога) заставляет мальчика отказываться от инцестуозных желаний и подавлять их. Разрешение эдипова комплекса для мальчика подразумевает отказ от его объект-катексиса к матери, что может вести к идентификации с матерью или, что случается чаще, к усилению идентификации с отцом. Ситуация Эдипа часто усложняется в связи с наличием у ребенка бисексуальной склонности. Так, вместо привязанности к матери и двойственного отношения к отцу может иметь место любовь к родителю того же пола и ревнивая ненависть к родителю противоположного пола (негативная форма) или смесь привязанности и двойственного отношения к каждому из родителей. Фрейд отмечал, что у обоих полов именно относительная выраженность мужских и женских сексуальных тенденций определяет, какого рода идентификация — с отцом или с матерью — возникнет в результате разрешения эдипова комплекса.

Как и для мальчика, для девочки первым объектом любви является мать. В течение фаллической стадии основная эрогенная зона у девочки — клитор. Фрейд полагал, что в ходе превращения девочки в женщину основной эрогенной зоной должно стать влагалище, а также должен измениться пол объекта любви. Период, характеризующийся сильной привязанностью девочки к матери, заканчивается тогда, когда девочка начинает понимать, что ее клитор (биологический эквивалент пениса) имеет не такую уж большую ценность и что у нее нет пениса (девочка думает, что в этом «виновата» ее мать). Согласно классической психоаналитической теории, зависть, испытываемая к мальчикам, которые имеют пенис (зависть к пенису), и желание иметь пенис — очень важная женская черта. Желание получить пенис от отца заменяет потребность в пенисе, и именно на этом этапе у девочки развивается эдипов комплекс: она начинает стремиться

к обладанию отцом и к избавлению от матери (важной особенностью здесь является то, что если мужской эдипов комплекс разрушается посредством комплекса кастрации, то женский, напротив, вызывается с его помощью). Как и у мальчиков, у девочек данная ситуация осложняется при наличии бисексуальных склонностей: наблюдения свидетельствуют, что девочки задерживаются на эдиповом этапе в течение неопределенного времени и разрешают его поздно и зачастую не полностью. Впрочем, со временем выраженность женского эдипова комплекса уменьшается вследствие неизбежного разочарования в отце.

Период сексуальной латентности начинается примерно в шестилетнем возрасте (возможно, у девочек несколько позже) и заканчивается к началу периода менархе и половой зрелости. Латентность может быть полной или частичной, что зависит от развивающихся в этот период сексуальных запретов. По мере развития индивида либидинозные импульсы могут сублимироваться либо индуцировать противоположные антикатексисы (то есть вкладывать энергию в поддержание вытеснения катектированного процесса), вызывая реакции отвращения, стыда, моральных переживаний и т. п.

Генитальная фаза, которая начинается в период менархе или в период половой зрелости, предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидиозные катексисы могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность (или в предварительные и вспомогательные действия) либо посредством их подавления или сублимации. В период половой зрелости у мальчиков либидо усиливается, у девочек же усиливается подавление, причем особенно сильно подавляется клиторальная сексуальность. В период менархе и половой зрелости преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, следствием чего служит уход из-под родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

С точки зрения этой схемы психосексуального развития правильное воспитание рассматривалось Фрейдом как воспитание, гибко изменяющееся в пределах, с одной стороны, удовлетворения, достаточного для того, чтобы создать атмосферу безопасности и удовольствия, и с другой — в пределах, приемлемых по уровню развития фрустраций, чтобы ребенок постепенно (дозированно) учился заменять принцип удовольствия («Я хочу удовлетворения всех моих желаний, в том числе и взаимно противоречивых, прямо сейчас!») принципом реальности. («Удовлетворение некоторых желаний проблематично, исполнение же наилучших стоит того, чтобы подождать»). Заметим, что Фрейд очень мало говорил о роли родителей своих пациентов.

Когда же он обращался к данной теме, то упущения родителей он видел либо в чрезмерном удовлетворении желаний, при котором ничто не подталкивало ребенка к развитию, либо в чрезмерных ограничениях, так что способность ребенка воспринимать суровую реальность оказывалась перегруженной. Воспитание, таким образом, было искусством балансирования между потворством и ограничением.

До 1910 г. теория влечений на основании этой схемы постулировала: если ребенок чрезмерно фрустрирован или получает чрезмерное удовлетворение на какой-либо ранней стадии своего психосексуального развития (что является результатом конституциональных особенностей ребенка и действий родителей), он будет фиксирован на проблемах данной фазы. Тип невроза понимался как вызванная фрустрацией полная или частичная регрессия (защитный возврат) к стадии, обладающей определенным количеством точек фиксации. Так, депрессивный индивид рассматривался как тот, которым либо пренебрегали, либо чрезмерно потворствовали ему на оральной стадии развития; в случае появления симптомов навязчивости считалось, что проблемы возникали на анальной стадии; в случае истерии — ребенок был отвергнут или соблазнен, либо и то и другое, на фаллической стадии. Кроме того, на этом этапе развития психоанализа зачастую можно было услышать, что пациент имеет оральный, анальный, фаллический характер в зависимости от того, что кажется центральным в человеке. Сегодня немногие психодинамические терапевты продолжают размышлять только в терминах стадий психосексуального развития или конфликта и понимать патологию, используя исключительно понятия задержки развития или конфликта на определенной стадии, но большинство из них в той или иной степени опираются на эту теорию.

В 1950–1960-х гг. американский психоаналитик Эрик Эриксон переформулировал стадии психосексуального развития в соответствии с межличностными и внутрипсихическими задачами, которые ребенок решает в каждом периоде. Хотя работы Эриксона обычно рассматриваются в рамках эгопсихологии, его теория этапов психосоциального развития во многом созвучна предпосылкам фрейдовской теории психосексуального развития. Одним из наиболее интересных дополнений Эриксона к теории Фрейда (а сам Эриксон видел свою концепцию как дополняющую, а не заменяющую теорию Фрейда) стало изменение названий ранних этапов с целью модификации фрейдовского биологизма.

Так, Эриксон понимал оральную стадию как состояние полной зависимости, во время которой формируется базовое доверие (или его отсутствие) — специфический результат удовлетворения или неудовлетворения оральной потребности. Анальная стадия рассма-

тривалась им как стадия достижения автономии (или, в случае неправильного воспитания, стыдливости и нерешительности). Помимо туалетного тренинга она может включать в себя широкий диапазон вопросов, относящихся к тому, как ребенок учится самоконтролю и приспосабливается к ожиданиям семьи и появлению более широкого окружения. На фаллической стадии, по его мнению, происходит развитие чувства базовой эффективности («инициатива против вины») и чувства удовлетворенности от идентификации с объектами любви. Подчеркнем, что Эриксон распространил идею стадий развития и задач этих стадий на период всей жизни. Он также разбил ранние фазы на подфазы (орально-инкорпоративная, орально-экспульсивная; анально-инкорпоративная, анально-экспульсивная и т. п.).

В 1950 г. другой американский психоаналитик Гарри Стэк Салливан, занимавшийся групповым лечением психотических расстройств и подчеркивавший важность межличностных отношений, предложил собственную теорию стадий развития, подчеркивающую коммуникативные достижения (речь или игру), а не удовлетворение влечений.

Еще одним шагом к психоаналитическому осмыслению развития личности стали работы Маргарет Малер, посвященные динамике взаимоотношений матери и ребенка.

Малер предполагала, что нормальное развитие начинается с нормальной аутистической фазы, когда младенец «проводит большую часть своего времени в полуспящем, полубодрствующем состоянии», преимущественно сосредоточенный на своих внутренних ощущениях, а не на стимулах внешнего мира. В нормальной симбиотической фазе ребенок начинает получать больше удовольствия от внешних стимулов (по большей части исходящих от матери), при этом находясь в иллюзии, что он и мать — единое целое. Кроме того, для такого симбиотического состояния характерна иллюзия всемогущества, ощущение, что весь окружающий мир находится в полной гармонии с желаниями ребенка. Мать непроизвольно поддерживает эти иллюзии, эмпатически угадывая нужды ребенка. Однако уже на этой фазе младенец может напрягать свое тело в ответ на раздражающие стимулы или неприятные ощущения от слияния с телом матери, что является первыми попытками отделиться и обрести собственную независимость. В фазе сепарации/индивидуации, в субфазе дифференциации происходит «вылупливание из яйца» — ребенок начинает исследовать мир вокруг себя, постепенно отстраняясь от матери и сравнивая окружающие объекты и людей с ней. На этой субфазе впервые появляется сепарационная тревога — состояние пониженного настроения и энергетики, возникающее вследствие разлуки с матерью. На субфазе ранней практики ребенок использует мать как «базу», путешествуя в мир окружающих вещей (часто полностью поглощенный только ими), но

всегда оглядываясь на нее или возвращаясь к ней для эмоциональной поддержки.

В случае если мать испытывает тревожные или амбивалентные чувства в связи с таким отделением ребенка, она может преждевременно или без особых причин прерывать исследовательскую деятельность малыша и вселять в него свою тревогу. На субфазе практики у ребенка развивается «любовный роман с миром»: ребенок переживает восторг от свободного освоения мира, зачастую забывая о присутствии матери. На субфазе повторного сближения ребенок снова начинает остро осознавать свою потребность в ней, в ее эмоциональной поддержке и практической помощи. В это время ребенок переживает определенный кризис, который хорошо иллюстрируется разными играми, связанными с убеганием — преследованием: вырываясь и убегая, ребенок внезапно ощущает свою независимость и в то же время может тут же обрести единство, будучи пойманным. В фазе консолидации ребенок разрешает этот кризис путем выработки у себя внутреннего образа матери, который сохраняется даже тогда, когда ее нет рядом.

Теорию Малер обычно относят к теориям объектных отношений, но в ее внутренних предпосылках о фиксации на разных фазах и субфазах преодоления младенческого аутизма и симбиоза и развития чувства индивидуальности заметно влияние фрейдовской модели.

Эти постфрейдовские разработки теории стадий развития личности дали возможность психодинамическим терапевтам по-новому взглянуть на проблемы фиксации. Теперь в интерпретациях проблем стало возможным оперировать не только гипотезами о том, что кто-либо слишком рано или слишком поздно был отнят от груди, слишком грубо или слишком небрежно приучен к горшку, соблазнен или отвергнут во время эдиповой фазы. Появилась возможность говорить о том, что затруднения пациентов отражают семейные процессы, которые осложнили им доступ к чувству безопасности, автономии или удовлетворенности своей идентификацией (согласно трактовке Эриксона), или в предподростковый период у них не было близкого друга (точка зрения Салливана), или же госпитализация матери в то время, когда им исполнилось два года, разрушила процесс воссоединения, присущий этому возрасту и необходимый для оптимальной сепарации (в соответствии с гипотезами Малер).

На втором этапе развития психоанализа Фрейд из одинокого, неторопливого и добросовестного исследователя, периодически представляющего результаты своего труда широкой, но отчасти индифферентной публике, становится главой движения, за короткий срок приобретшего международный масштаб. В 1902 г. у него появляются несколько последователей, с которыми он сначала проводит собрания каждую среду у себя в гостиной, а затем, по мере увеличения числа

участников, сборы перемещаются в Медицинский колледж. Несмотря на довольно сильные нападки со стороны медиков, психологов, философов, поборников нравственности и представителей прессы, психоанализ постепенно преодолевает границы венской группы. В разных странах начинают создаваться психоаналитические общества (например, Цюрихское, в состав которого входил известный психиатр Э. Блейлер), основываются периодические издания (в 1909 г. был напечатан первый номер «Международного журнала по психоанализу»), почти ежегодно собираются конгрессы (первый состоялся в 1908 г. в Зальцбурге), публикуются значительные научные работы, и, наконец, психоаналитическое движение организационно оформляется в виде Международной психоаналитической ассоциации.

Вместе с тем, по мере развития психоаналитического движения, в нем возникают внутренние расколы, связанные с появлением ряда психодинамических теорий (А. Адлера, К. Г. Юнга, В. Штекеля, а позднее Ш. Ференци, О. Ранка, В. Райха и др.), не вписывавшихся в границы учения Фрейда.

В 1914 г. Фрейд начал писать книгу очерков, которая должна была подвести итоги и суммировать все изменения, происшедшие в психоанализе на втором этапе, но Первая мировая война и опыт применения психоаналитической терапии к «военным неврозам» заставили его обратиться к проблемам агрессии и смерти. Обсуждая истории болезней пациентов, на которых психоаналитическая терапия не оказывала никакого действия, он сравнил процесс отвлечения либидо от реальности внешнего мира и замыкании на «Эго» с греческим мифом о Нарциссе. В работе «К введению в нарциссизм» Фрейд ввел понятия первичного нарциссизма — любви к себе на ранней стадии развития, когда либидо ребенка полностью обращено на себя, и которая предшествует любви к другим, и вторичного нарциссизма — любви к себе, являющейся результатом изъятия либидо из объекта и обращения его вновь на «Эго». Эта работа стала важной вехой в истории развития психодинамической терапии, так как в ней впервые происходит отход от главных идей теории влечений — дуализма сексуальных влечений и влечений «Эго» и противопоставления принципа удовольствия и принципа реальности.

В 1920 г. Фрейд опубликовал работу «По ту сторону принципа удовольствия», в которой частично вернулся к своим ранним идеям принципа постоянства и объяснял агрессивные и самодеструктивные тенденции индивида через введение нового понятия — влечения к смерти (Танатоса). (Как убедительно показывает А. Эткинд, введение и развитие этого понятия З. Фрейдом во многом связано с работами русского психоаналитика Сабины Шпильрейн.) Этим понятием он обозначает фундаментальную категорию влечений со своей особой

энергией, аналогичной либидо[1], нацеленных на полное устранение напряжения, то есть на приведение живого существа в неорганическое состояние. Согласно его точке зрения, влечения к смерти направлены прежде всего вовнутрь, на саморазрушение, и лишь вторично проявляются в форме влечения к внешней агрессии.

Обосновывая введение этого революционного понятия, Фрейд выдвигает еще несколько идей, имеющих большое значение для практики психодинамической терапии. Так, он говорит о том, что принцип удовольствия ограничивается не только принципом реальности, но и «потребностью в повторении». Он описывает пример с собственным внуком, полуторагодовалым Эрнстом, который предавался следующей игре: бросая привязанную за веревку катушку, он заставлял ее то исчезать, то вновь появляться. Эта игра сопровождалась следующими выразительными восклицаниями: «О-о-о-о», то есть «сильно», «далеко» — когда катушка исчезала, и «Да», «Вот», когда она вновь появлялась. Фрейд сделал вывод, что этим своим действием ребенок воспроизводил тяжелую ситуацию ухода матери, а именно травмирующий момент расставания. Клиническая практика лечения неврозов свидетельствовала, что подобное повторение часто встречается и у взрослых: «Повсюду мы наталкиваемся на людей, чьи человеческие взаимоотношения имеют одинаковый исход: возьмем, к примеру, благодетеля, которого через какое-то время в раздражении покидает каждый из его протеже, при всем различии или сходстве последних, благодетель же, кажется, обречен испить всю горечь неблагодарности; или человек, дружба которого всегда заканчивается предательством со стороны его друга; или человек, который время от времени в течение всей своей жизни возводит кого-нибудь на пьедестал великого личного или общественного авторитета, а затем, через определенный промежуток времени, свергает этот авторитет и заменяет его новым; или любовник, каждая из любовных связей которого проходит через одни и те же фазы и достигает одних и тех же результатов» (Кан М., 1997).

Кроме того, Фрейд, вслед за английским психоаналитиком Барбарой Лоу, сформулировал принцип нирваны, объясняющий причины влечения к смерти: это «...тенденция к ослаблению, постоянству, подавлению внутреннего напряжения, связанного с возбуждением» (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 1996). В отличие от введенного ранее принципа постоянства, под которым имелась в виду тенденция к сохранению постоянного энергетического уровня, принцип нирваны подразумевал глубинную направленность на полное устранение воз-

---

[1] Позднейшие авторы, развивавшие эти идеи, предлагали называть такую энергию «мортидо» или «деструдо», но данные термины не прижились.

буждения. (В более ранних работах З. Фрейда эта тенденция называлась также «принципом инерции».)

По Фрейду, влечение к смерти противостоит влечению к жизни (Эросу), под каким понятием он объединил все выявленные им влечения. Этим противостоянием объясняются состояния грусти и меланхолии, суицид, несчастные случаи, вредные привычки, преступления, совершаемые с бессознательным стремлением быть уличенным, а также такие сексуальные перверсии, как садизм и мазохизм.

Отметим, что концепция влечения к смерти — практически единственное из заявлений Фрейда, которое вызвало бурю протеста среди его ортодоксальных сподвижников, воспользовавшихся преимущественно языком морального осуждения. И поныне это один из самых спорных моментов психоанализа. С одной стороны, несмотря на то что «не было обнаружено ни одного биологического наблюдения, которое подтверждало бы идею инстинкта смерти — идею, которая противоречит всем принципам биологии» (Райкрофт Ч., 1995), эта идея составляет существенную часть психоаналитической теории М. Кляйн (речь о которой пойдет чуть дальше). С другой стороны, многие современные психодинамические терапевты рассматривают эти фрейдовские положения как метафизические.

На третьем этапе развития психоанализа (1923—1939 гг.) была разработана структурная модель психического функционирования. В ней психоаналитики переместили свой интерес с содержания бессознательного на процесс, посредством которого это содержание удерживается вне сознания, и с этих позиций откорректировали основные психодинамические понятия.

Исследуя обнаруживаемое у пациентов бессознательное чувство вины, а также учитывая ряд несоответствий и противоречий, возникших в ходе практического применения топографической модели психического функционирования, Фрейд выдвинул новую (а точнее, усовершенствованную) теоретическую модель, в которой новые определения не полностью заменяли старые, а скорее соседствовали с ними. В своей работе «Я и Оно» он сформулировал основные положения структурной модели (вторичной топики), согласно которым психика членится на составляющие, названные им «Ид» («Оно»), «Эго» («Я») и «Суперэго» («Сверх-Я»).

«Оно» («Ид») — самая древняя из трех инстанций (приблизительно соответствующая бессознательному в первой топике) содержит в себе исходные инстинктивные влечения со всеми наследственными и конституционными элементами. С точки зрения экономического подхода «Оно» является первичным резервуаром психической энергии. Его деятельность направлена на обеспечение немедленной и свободной разрядки возбуждения. Соответственно, эта часть психики управля-

ется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичными процессами.

По мере созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром часть «Ид» (прежде всего телесная, которая формируется из ощущений тела) претерпевает изменения и превращается в «Эго». Несмотря на то что «Эго» также стремится к удовольствию, эта инстанция функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью вторичных процессов. Первостепенной функцией «Эго» З. Фрейд считал задачу самосохранения. «Эго» контролирует произвольные действия, становясь между переживанием потребности и действием в соответствии с данной потребностью. «Эго» имеет дело с внешними событиями, задействуя восприятие и память, избегая чрезмерных стимулов, приспосабливаясь к умеренным стимулам и способствуя совершению действий, целью которых является изменение внешнего мира с учетом своей выгоды. Касаясь внутренних событий, связанных с инстанцией «Ид», «Эго» пытается управлять влечениями, принимая решения, касающиеся выбора времени и способа их выполнения, или подавляя обусловленное этими требованиями возбуждение. Фрейд сравнивал «Ид» с лошадью, а «Эго» — с наездником. Он отмечал, что, как правило, «Эго» оказывается слабее «Ид», поэтому «Эго» привыкло преобразовывать желания «Ид» в действия так, будто желания «Ид» являются его собственными желаниями.

Таким образом, «Эго» служит посредником между требованиями «Ид» и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты. Сознательный аспект — то, что большинство людей понимает под термином «Собственное Я» (Самость), или «Я», в то время как бессознательный аспект включает в себя механизмы психологической защиты.

Третью инстанцию, «Суперэго» (или «Сверх-Я»), Фрейд рассматривал как формирующуюся в пределах «Эго» и являющуюся чем-то вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Главной функцией «Суперэго», которое поглощено самонаблюдением, является подавление требований «Ид» посредством морального влияния на «Эго». Согласно коррективам, внесенным в теорию развития на базе второй топики, первоначально ребенок инстинктивно прибегает к самоотречению из-за боязни потерять любовь или из-за опасения агрессии со стороны внешнего, или родительского, авторитета. Впоследствии, после усвоения внешнего сдерживающего начала, инстинктивное самоотречение возникает из-за страха перед внутренним авторитетом — «Суперэго».

Для «Суперэго» характерно наличие «Эго-идеала», основанного на восхищении совершенством, которое ребенок усматривает в ро-

дителях, и на стремлении им подражать. Часто эти понятия выступают как синонимичные. Сам «Эго-идеал» состоит из предписаний типа «ты должен быть таким...» и запретов типа «ты не должен быть таким...». В основе этих предписаний и запретов лежат, прежде всего, идентификации и подавления, являющиеся результатом разрешения эдиповой стадии (отметим, что современные аналитики находят их истоки гораздо раньше — в примитивных представлениях младенца о том, что хорошо и что плохо). Они представляют собой то, что близко к обыденному пониманию совести. Действия, совершаемые индивидом вопреки «голосу совести», с большей степенью вероятности способствуют возникновению чувства неполноценности и вины, а также ощущению потребности в наказании.

Очевидно, что по сравнению с моделью предыдущего этапа в структурной теории расстановка акцентов меняется. Здесь роль «Эго» сводится к функции посредника, разрешающего проблемы, которому каждую минуту приходится сталкиваться с требованиями, возникающими в «Ид» и в «Суперэго», а также с требованиями окружающей среды. Чтобы удовлетворять этим, часто противоречивым, требованиям, «Эго» приходится временами идти на очень сложные компромиссы. Эти компромиссы в конечном счете могут привести к симптомам, которые, при всей их патологичности, представляют тем не менее наилучший вариант адаптации, возможный в данных обстоятельствах. Подобные компромиссы имеют непосредственное отношение к формированию характера и личности, к выбору профессии и объектов любви и ко всему остальному, что придает любому человеку свойство неповторимой индивидуальности.

В 1933 г. нацисты сожгли книги З. Фрейда. Фрейд прокомментировал это так: «Какой прогресс! В Средние века они сожгли бы меня, теперь они довольствуются сожжением моих книг». После аншлюса Австрии в 1938 г. Фрейду было разрешено уехать в Лондон, где он скончался в 1939 г.

Четвертый этап развития психоанализа, начавшийся уже после смерти Фрейда, представлен преимущественно трудами других исследователей-психоаналитиков, которыми был сделан весьма весомый вклад в развитие теории и практики психодинамической терапии. Далее мы рассмотрим вклад эгопсихологии, традиции объектных отношений, сэлф-психологии и структурный психоанализ Ж. Лакана.

Аналитическая психология

Наряду с другими видами современного психоанализа, одно из ведущих мест занимает аналитическая психология. Она была основана в начале XX в. и в последующем получила свое продолжение

в работах постъюнгианцев. В настоящее время выделяют три ветви развития аналитической психологии. Первая из которых, классическая, основывается на постулатах, выделенных К. Г. Юнгом. Второе направление характеризуется так называемой школой развития, где доминирующая роль отводится английским последователям аналитической психологии, среди которых такие, как М. Фордхам, А. Девидсон и др.

Центральным звеном школы архетипов являются концепции, выделяющие понятие архетипического как наиболее антологического и фундаментального в учении К. Г. Юнга. Наиболее известным исследователем этого направления является Д. Хиллман, внесший огромный вклад в изучение архетипической и мифологической составляющей аналитической психологии. Нельзя не отметить в постъюнгианском движении таких известных специалистов в аналитический психологии, как Э. Эдингер, Э. Нойман, М. Якоби.

Различие этих трех направлений подчинено теоретическим аспектам, где выделяется определение архетипического, понятия самости и развитие личности. Клинические аспекты различаются по анализу переноса — контрпереноса, в символическом переживании самости и исследовании высоко дифференцированной образной системы. Несмотря на выделение вышеперечисленных параметров, большая часть различий находится в аспекте осознавания такого важного понятия, каковым является архетип Самости в его зарождении и развитии.

Основанием для выделения аналитической психологии являются идеи, высказанные К. Г. Юнгом в XX в. К. Г. Юнг в своей попытке понять природу личности выделял представления о взаимодействии энергетических систем, не дифференцированных при рождении. Сознательное и бессознательное, согласно юнгианским представлениям, находятся в тесной взаимосвязи и зависимости друг от друга. В своей фундаментальной работе «Трансцендентальная функция» К. Г. Юнг подчеркивал доминирующую компенсаторную функцию бессознательного по отношению к сознательному. Для подтверждения этого он выделял следующие положения:

1. Сознание, обладая порогом интенсивности, способствует тому, что слабые элементы, содержащиеся в бессознательном, остаются в нем не достигнув сознательного.

2. Сознание навязывает ограничения — «цензурирует» все несовместимое с ним, в результате чего этот материал вновь поглощается бессознательным.

3. В содержании бессознательного выделяются не только забытые индивидуумом материалы его прошлого, но и наследственные черты поведения, составляющие структуру разума. Сознание в основном организует лишь моментальный процесс адаптации.

4. Бессознательное содержит в себе все комбинации фантазий, не достигших порога интенсивности, которые при благоприятных условиях могут проникать в сознание.

В этих положениях можно отчетливо проследить, что компенсаторная возможность бессознательного определяется его более глубоким содержанием по отношению к сознательному.

Выделение трансцендентальной функции в аналитической психологии является основополагающей позицией, при которой регуляторная функция психических процессов находит свое подтверждение не только в ситуации дезадаптивного реагирования на внешние и внутренние конфликтные переживания личности, но и служит основой для дальнейшего развития пациента.

Это развитие называется «индивидуацией». Процесс индивидуации представляет собой постепенное формирование личности в условиях осознавания не только личного бессознательного, но также и коллективного.

Учение о коллективном бессознательном в глубинной психологии тесно связано с понятием архетипического. Архетипический уровень, подчиняясь бессознательным механизмам, также стремится ворваться в сознательные процессы, имея цель достижения переживаний архетипических образов. Архетипические образы имеют опыт переживания коллективного бессознательного. Наиболее распространенными архетипическими образами являются: Персона и Тень, Анима и Анимус, Самость и Эго.

Индивидуация как процесс представляет собой поэтапное осознавание архетипов. Персона определяется, как маска. Юнг обозначал ее также как «личину», в которой индивидуум является окружающим. Основной задачей этого является, во-первых, необходимость произвести определенное впечатление на людей, во вторых, скрыть свой внутренний мир от чужих любопытных глаз. Социальная роль Персоны проистекает из общественных ожиданий и обучения в раннем возрасте. В последующем идеальные аспекты личности вынесены во внешний мир.

Комплекс функций, составляющий Персону, относится исключительно к объектам. Персона есть то, чего в действительности вовсе нет. Но о чем ее представитель, равно как и другие люди, думают как о существующем. Персона переживается как индивидуальность на этапе, предшествующем отделению себя от «Эго». Она воспринимается, с одной стороны, как социальная идентичность, а с другой, — в качестве идеального образа.

Здоровое «Эго» может более или менее успешно усвоить различные роли Персоны, сообразно текущим потребностям, в той или иной ситуации.

Различают три вида проблемного восприятия Персоны:

1. Эксцессивное развитие Персоны.
2. Неадекватное развитие Персоны.
3. Идентификация с Персоной до такой степени, что «Эго» ошибочно «чувствует» себя идентичным с первичной социальной ролью.

Эксцессивное развитие Персоны характеризуется ощущением отсутствия внутренней реальной личности, при этом сохраняется точное чувствование социальной роли. Неадекватное и недостаточное развитие Персоны слишком уязвимо к возможным травмам, неприятию и оказывается сметаемой людьми, с которыми она взаимодействует. Идентификация с Персоной характеризуется недостаточным ощущением своего «Эго», отделенным от социальной роли Персоны. Любая угроза социальной роли воспринимается как прямая опасность для целостности самого «Эго». Последствием отождествления с Персоной является утрата индивидуального взгляда на самого себя. Крайним проявлением идентификации с Персоной является депрессия с переживанием тоски, пустоты и утраты.

Тень — архетип, неизбежно проявляющийся у человека в виде определенных его качеств, которых человек, как правило, не осознает. К подобным чертам могут относиться: эгоизм, трусость, безответственность, страсть к деньгам, леность, небрежность и т. д.

Вышеперечисленные черты личности, находясь в области сознательного, обычно отрицаются, однако это не исключает способность человека видеть их в других или проецировать на социальное окружение. Как и многие другие архетипы, проявление тени может быть наглядным при исследовании бессознательного материала. К таковым могут относиться: сновидения, фантазии, спонтанные проявления в поведении, а также свободные ассоциации и творчество.

Осознание теневых сторон личности необходимо в процессе индивидуации как этап принятия решений, выбора, возникающий в процессе разрешения тех или иных социальных задач.

Вопросы этики в осознавании тени занимают особое место, так как открытие для человека теневой стороны его психики всегда связано со вскрытием внутри человека «греховных», иногда безнравственных проявлений, создающих внутри личности конфликтные переживания. Иногда оценка теневых сторон происходит в результате соприкосновения с источниками, лежащими за пределами личной жизни индивидуума, приходящими из коллективных влияний.

Сложные и деликатные вопросы возникают не только из-за деятельности тени, часто их поднимает другой «внутренний персонаж». Этот второй символический персонаж действует за спиной Тени, создавая дополнительные и специфические проблемы.

Следующим этапом осознавания в процессе индивидуации являются архетипические образы Анима и Анимус. К. Г. Юнг назвал «Анимус» мужской и «Анимой» в женской ипостаси. «Внутренние персонажи» в снах мужчин олицетворяются в бессознательном женском образе, а в снах женщины, наоборот, образом мужчины.

Смутные чувства и настроения, пророческие озарения, восприимчивость к иррациональному, способность любить, тяга к природе и т. д. — это «Анима», олицетворяющая все проявления женственного в психике мужчины.

У ребенка мужского пола Анима в первые годы жизни выступает как единое целое с всесильной матерью, что накладывает отпечаток на его дальнейшую судьбу. Эта эмоциональная связь не обрывается на протяжении всей жизни, она создает ему либо трудности, либо, наоборот, делает его мужественным. Индивидуальное проявление мужской Анимы складывается, как правило, под воздействием материнских черт. Если мать человека оказывает отрицательное влияние, то его Анима чаще всего будет проявляться в раздраженных, подавленных настроениях, состоянии неуверенности, тревоги и повышенной возбудимости. Преодоление подобных негативных воздействий помогает упрочить мужественность. Кроме негативного аспекта Анимы, существует позитивная сторона переживания этого архетипа. К ним относится прежде всего выбор партнерши для мужчины. Другой не менее важной функцией является способность Анимы раскрыть бессознательные факты. Благодаря ее роли разум способен настроиться на одну волну с внутренними ценностями. Анима выполняет роль проводника по внутреннему миру.

Осознавание Анимы становится наиважнейшей задачей в процессе индивидуации, благодаря которому мужчина приобретет способность вкладывания смысла, убежденность в возможности существования огромного мира и без нашего истолкования. Таким образом, Анима снова становится первоначальной «женщиной внутри», передающей жизненно важные послания Самости.

Мужское начало в женском бессознательном олицетворяет Анимус. Выступая в качестве позитивного и негативного, также определяет черты характера женщин. Основное влияние на Анимус оказывает отец, наделяя его особыми убеждениями, которые не отражают индивидуальность самой женщины. Проявлением негативного Анимуса в женском бессознательном могут служить деструктивные, разрушительные формы поведения со стороны женщины; находясь под влиянием одержимости она способна довести своих близких до болезни и даже до смерти. Иногда в результате воздействия Анимуса на бессознательное женщины возникает странная пассивность и паралич всех чувств или глубокая неуверенность в себе, доводящая порой до ощущения полной никчемности.

В момент возникновения подобных «одержимостей» возникает ощущение, будто это собственные мысли, что приводит к отсутствию возможности распознавать их отдельно от себя.

Подобно Аниме, позитивное начало Анимуса содержит в себе креативный потенциал и также может проложить путь к Самости. Анимус проходит несколько стадий развития, в наиболее развитой форме становится воплощением смысла, придает женщине духовную твердость и видимую внутреннюю поддержку, что компенсирует ей внешнюю мягкость.

На этой стадии Анимус способен устранить разъединенность разума женщины и ее духовность, что усиливает ее восприимчивость к новым творческим идеям. Творческая смелость позитивного Анимуса рождает мысли и идеи, вдохновляющие человека к новым свершениям.

Целью индивидуации согласно юнгианским определениям является достижение целостного образа, выделяемого Юнгом как Самость (Self). Самость, согласно его определениям, являет собой образ цели жизни, спонтанно воспроизводимой бессознательным, независимо от желаний и опасений сознательного разума. Символ единства и целостности подтверждается и историей, то, что по началу выглядит абстрактной идеей, на самом деле указывает на нечто существующее и эмпирически ощутимое, спонтанно демонстрирующее свое априорное присутствие. Единство и целостность стоят на высшей ступени шкалы объективных ценностей, поскольку их символы уже практически неотличимы от imago Dei («образ Бога»). Юнг устанавливает связь между Самостью и «образом Бога». Признавая эмпирическую и феноменологическую идентичность между «образом Бога» и символом Самости, Юнг оставляет четкое понятийное различие между Самостью и Богом «как таковыми». Согласно этому, Самость — всего лишь название для психологической реальности, которая объединяет символические переживания, архетипы и целостность, так и Бог — название для метафизической реальности, о которой психология ничего не может сказать. Психология может только установить, что символизм психической целостности совпадает с «образом Бога», но никогда не сможет доказать, что «образ Бога» есть сам Бог, или что Самость занимает место Бога.

Самость как символ целостного единства психических процессов тесно взаимосвязана с индивидуацией. Цель индивидуации — освободить Самость от ложных покровов Персоны, с одной стороны, и от суггестивной власти первобытных образов — с другой.

В первую очередь, индивидуация — это внутренний и субъективный процесс интеграции. А во вторую, это в равной степени важный процесс объективных отношений. Ни один из этих процессов не мо-

жет существовать без другого, хотя иногда тот или иной из них преобладает.

Целью стадии индивидуации является внутреннее объединение тех областей психики, что были разъединены, расщеплены более ранними требованиями и процессами развития. Все ранние недооцененные фрагменты потенциального развития, которые были отделены от сознания и вытеснены ради укрепления «Эго» и адаптивных отношений с миром реальности, сейчас начинают интегрироваться. На стадии интеграции все ранние потерянные или отрицаемые фрагменты человек вплетает в целостную ткань своей личности. «Эго», приближающееся к Самости, чувствует меньшую отчужденность к человечности и от глубокой сложности реальности. Таким образом, человек в большей степени принимает внутреннюю и внешнюю неоднозначность.

Индивидуальность, развивающаяся на высшей стадии индивидуации, состоит из уникального собрания общих человеческих элементов, внесенных в отдельную человеческую жизнь, и эта жизнь не отделена от других и не более важна, чем жизни других существ.

Развитие юнгианских представлений в идеях Самости и индивидуации может характеризовать собой слияние динамических направлений с экзестенциально-гуманистическими концепциями, что может указывать на дальнейшее развитие аналитической психологии как связующего компонента множественного развития психологических, психотерапевтических и социальных направлений.

Психотерапевтические задачи, выполняемые в аналитическом процессе, можно разделить на четыре этапа.

Первый этап характеризует исповедь или катарсис, который предполагает рассказ пациента о том, что он считает достойным внимания в его истории, и разговоры о его проблемах, так, как он видит их. Согласно Юнгу, на сознание обычно воздействуют все бессознательные содержания — и те, что приблизились к порогу сознания из глубины, и те, которые еще недавно сознанию принадлежали. Неосознаваемые содержания и тени этих представлений предстают перед обращенным внутрь взором. Таким образом происходит возвращение вытесненного и утерянного ранее. Признание приводит к действительному улучшению, возвращению из морального изгнания к людям.

Второй этап характеризует собой разъяснения, практически приближающиеся к интерпретативному методу, разработанному З. Фрейдом. Тем не менее, Юнг подчеркивал ограниченность данного метода и предполагал, что перемены, происходящие в процессе лечения, невозможны без следующего третьего этапа, каковым является воспитание.

Основываясь на идеях Альфреда Адлера, Юнг пишет: «Воспитатель не оставляет ребенка беспомощным перед лицом его болезни с одним только ценным приобретением — пониманием, а пытается

воспитать его так, чтобы он стал нормально приспособленным человеком. В основе такого метода лежит убеждение в необходимости и желанности такой цели развития, сущности человека, как социальное приспособление и нормализация».

Четвертый этап — этап трансформации, в котором решающее значение принадлежит аналитику, с одной стороны, а с другой стороны, характеризуется переменами, ведущими к тому, что человек становится самим собой. Этот этап наиболее связан с индивидуацией. Как было сказано выше, основной задачей индивидуации является достижение целостного восприятия психических процессов.

Неоспоримым достоинством аналитической психологии является вклад К. Г. Юнга по исследованию психологических типов. В этих исследованиях Юнг разработал и описал множественные соотношения различных сторон психической сферы, в сочетании которых создается оригинальность того или иного психологического типа. В основе классификации Юнга лежат особенности: мышления, эмоций, чувственно-сенсорного восприятия и интуиции. Разделение психологических типов на экстравертированный и интервертированный позволило в значительной степени развить это направление. Оригинальным подходом к изучению является применение законов о взаимодействии сознательного и бессознательного, проведенное через основную направленность психологического типа. Подчеркивая доминирование основных психических функций, в одном случае мыслительного — рационального, в другом — интуитивно-иррационального, либо преобладание эмоционального или сенсорного взаимодействия с окружающим миром, Юнг обосновал основные идеи этого учения, существенно обогатив клиническую практику.

Необходимо отметить, что преимуществом аналитической психологии является многосторонность и своеобразие ее теоретических основ, способов изучения психики человека, методологии и психотерапевтических подходов. Идеи, высказанные аналитической психологией, существенно расширяют представления о бессознательных процессах, что делает ее неотъемлемой частью современного психоанализа, психологии и психотерапии.

Эго-психология

Важным толчком в развитии теории и практики психодинамической терапии явилось появление в 1936 г. работы дочери З. Фрейда, представительницы континентальной школы психоанализа, Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 г. — книги Хайнца Хартмана «Психология эго и проблема адаптации».

В своей работе Анна Фрейд рассматривала роль защитных механизмов в условиях нормального психического функционирования личности. Она расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами.

Хартман уделял особое внимание врожденному развитию того, что он называл сферой «Эго», свободной от конфликтов. В противоположность Фрейду, которого интересовали прежде всего клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартман придерживался точки зрения о том, что существует множество сторон нормально функционирующей психики, которые следуют автономному курсу развития и не являются результатом интрапсихического конфликта.

В дальнейшем эгопсихология как направление стала отражать взгляды тех психоаналитиков, которые сосредоточили свое внимание на процессах нормального и патологического функционирования «Эго».

Основываясь на структурной модели, представители эгопсихологии предложили новые пути в понимании некоторых типов патологии. По их мнению, каждый индивид развивает защитные реакции «Эго», которые могли быть адаптивными в детстве, в семье, но могут оказаться неадаптивными во внесемейной реальности.

Важным нововведением как для терапии, так и для психодинамической диагностики явилось представление о том, что «Эго» обладает широким диапазоном действий — от глубоко бессознательных (например, примитивные чувственные реакции на события, блокируемые такой мощной защитой, как отрицание) до полностью осознаваемых. В рамках этого представления сложилась рабочая модель, согласно которой в течение процесса психоаналитической терапии «наблюдающее Эго» — сознательная и рациональная часть психики, способная комментировать эмоциональное состояние, формирует терапевтический альянс с психоаналитиком в целях понимания вместе с ним всего «Эго», в то время как «переживающее Эго» вмещает в себя более внутренний (чувственный) смысл того, что происходит в терапевтических взаимоотношениях.

«Терапевтическое расщепление Эго» стало рассматриваться как необходимое условие эффективной аналитической терапии. В случае если пациент оказывался не способен говорить с позиции наблюдателя о менее рациональных, более глубинных эмоциональных реакциях, первой задачей становилась помощь в развитии этих способностей. Присутствие или отсутствие наблюдающего «Эго» стало прогностическим критерием первостепенной важности, поскольку дистонность (чуждость наблюдающему «Эго») симптома или проблемы делала про-

цесс психотерапии гораздо более быстрым и эффективным, нежели синтонность проблем, то есть восприятие их пациентом как вполне органичных и в связи с этим не заслуживающих внимания. Это открытие привело к появлению таких терминов, как «Эго-дистонный» или «Эго-синтонный» личностный стиль.

Кроме того, учет важной роли «Эго» в восприятии и адаптации к реальности позволил ввести такое понятие, как «сила Эго». Под ним подразумевается способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, без использования более ранних (примитивных) психологических защит (например, отрицания). В связи с этим по мере развития психодинамической практики стали проводиться различия между архаичными и зрелыми психологическими защитами. Под первыми стали понимать психологическое избегание или радикальное отвержение беспокоящих жизненных фактов, а под вторыми — включение в себя большей приспособляемости к реальности.

Эгопсихологи также предположили, что для психологического здоровья необходимы не только зрелые защитные реакции, но и способность использовать разнообразные защитные процессы. Другими словами, стало очевидно, что человек, отвечающий на любой стресс привычным для него образом (скажем, проекцией), не столь психологически благополучен, как человек, пользующийся различными способами в зависимости от обстоятельств. В связи с этим в работах данного периода стали использоваться и развиваться такие идеи, как «ригидность» личности или «панцирь характера».

Применение понятий «синтонности» и «дистонности» к Суперэго также имело важное диагностическое значение. Так, например, пациент, заявляющий, что он плохой, поскольку у него возникают негативные мысли и чувства по отношению к собственным родителям, в клиническом плане отличается от пациента, утверждающего, что «часть его» чувствует, что он плохой, когда у него возникают подобные мысли. Обоих пациентов следует рассматривать как депрессивные личности, склонные к самообвинению, но проблема первого пациента намного глубже, чем второго.

Помимо этого развитие концепции Суперэго в рамках эгопсихологии привело к тому, что психотерапевты перестали рассматривать цель психодинамической терапии исключительно как попытку сделать бессознательное содержание сознательным. В рамках эгопсихологии задача психотерапии включает в себя изменение слишком жесткого Суперэго пациента на более адекватное.

Еще одним достижением эгопсихологии стала попытка понимания проблем пациента на основании не только теории фиксации на определенной фазе развития, но и в соответствии с характерными для него способами справляться с тревогой.

Школа объектных отношений

В то время как эгопсихология намечала пути теоретического понимания пациентов, психологические проблемы которых описывались структурной моделью, некоторые теоретики в Европе (особенно в Англии) были привлечены другими типами бессознательных процессов и их проявлениями. Разрабатывая теорию и практику детского психоанализа, а также работая с пациентами, которых З. Фрейд счел бы слишком сильно «нарушенными», чтобы использовать в их лечении психоанализ, представители британской школы психоанализа, как и А. Фрейд, пришли к выводу, что им необходим другой язык описания наблюдаемых процессов. Отметим, что долгое время их работы оставались противоречивыми отчасти из-за личностных качеств, склонностей и убеждений представителей школы, отчасти из-за неизбежных трудностей, сопровождающих попытки научного описания довербальных и дорациональных явлений. Кроме того, несмотря на то что они опирались на концепцию бессознательного, во многих вопросах они расходились с классической теорией Фрейда.

Так, психоаналитики, находившиеся под влиянием Ш. Ференци, занимались изучением примитивного опыта любви, одиночества, творчества, интеграции собственного «Я» — явлений, не вписывающихся в рамки структурной теории. Они, как и другие представители школы объектных отношений, уделяли внимание не столько тому, какое желание не получило должного обращения в детстве, или тому, какая стадия была плохо пройдена, или какие защитные реакции «Эго» доминируют, сколько тому, каковы были главные объекты в мире ребенка, как он их переживал, как они и их чувственные аспекты были интернализованы и как их внутренние образы и репрезентации (представления о них) продолжали существовать в бессознательном взрослого. Причина, по которой аналитики проводят различие между действительными объектами и их восприятием детьми, особенно младенцами, состоит в том, что дети могут неправильно воспринимать важные семейные фигуры и их мотивацию и сохранить это неправильное восприятие при интернализации. Например, девочка, отец которой уехал на заработки, когда ей было два года, будет неизбежно считать, что была для него не очень важна. И напротив, мальчик может рассматривать свою бабушку как чуть ли не святую потому, что она всегда относилась к нему с теплотой. В то же время бабушка может в действительности оказаться деструктивной фигурой, действующей исходя из чувства соперничества со своей дочерью, подрывая расположение ребенка к матери и срывая попытки матери полюбить своего сына. Его внутренние объекты будут включать в себя любящую бабушку и холодную, отвергающую мать.

В традиции объектных отношений тема эдипова комплекса вырисовывалась не так отчетливо, как другие темы, например, сепарации и индивидуации.

Акцент на доэдиповых стадиях развития, использование понятий интроекции и проекции как ключевых, а также введение влечения к смерти как клинического понятия образуют основы анализа Мелани Кляйн, которая является одной из ведущих фигур современного европейского психоанализа (хотя ее работы оказали сравнительно небольшое влияние на американские направления).

В своих работах 1920–1960-х гг. Кляйн писала, что развитие «Эго» должно рассматриваться не как прохождение «Я» по стадиям, на которых используются различные психологические защиты, а как процесс постоянной интроекции и проекции. Так, в первые месяцы жизни ребенок никак не может отличить свое собственное «Эго» от окружающего мира. В соответствии с этим, в отличие от зрелого взрослого человека, рассматривающего свои эмоциональные реакции, вызванные внешними объектами, как субъективные, ребенок приписывает их внешним объектам. То, что доставляет ему удовольствие, расценивается им как «хороший объект», а то, что причиняет боль, — как «плохой объект». Таким образом, первоначально мир ребенка становится населенным хорошими и плохими объектами, от которых он ожидает по отношению к себе поведения, соответствующего качествам, которые он им приписал.

Первым объектом ребенка является материнская грудь. Иногда она легко кормит молоком, полностью удовлетворяя потребности ребенка, а порой дает его мало или не дает вовсе. Для младенца голод — пугающая ситуация, и не только потому, что кормление чрезвычайно важно для него, но также и потому, что «...очень маленький ребенок, не более чем с минимальным пониманием времени, не способен переносить напряжение; он не располагает знанием, столь утешительным для человеческих существ постарше, о том, что утрата, фрустрация, боль и дискомфорт обыкновенно всего лишь временные явления, за которыми последует облегчение. Следовательно, даже самое малое изменение ситуации (например, менее уютная поза или жмущая одежда, малейшие затруднения при захвате соска или извлечении молока) превратит приятный удовлетворяющий стимул в неприятный и раздражающий. Таким образом, ребенок может как любить, так и ненавидеть один и тот же объект в быстрой последовательности или чередовании, и его любовь и ненависть, вероятно, склонны действовать по принципу «все или ничего» — здесь нет ограничений и количественных вариаций, присущих последующей жизни» (Браун Дж., 1997). Этот тип эмоциональной реакции маленького ребенка («все или ничего»), а также тот факт, что его эмоции спроецированы во внешний мир, позволяют Кляйн говорить о том, что, в сущности, тот

живет в мире, населенном богами и бесами, — в мире, который порой кажется небесами, а порой сущим адом (последовательница Кляйн Т. Е. Мани-Кирль полагает, что сами эти понятия развились из забытых воспоминаний раннего детства). Кипение эмоций, связанных с завистью к груди, а также ненавистью и яростью, являющимися проявлениями влечения к смерти, особенно пугающе, поскольку, согласно Джоан Ривьер, находясь в таком состоянии, «...ребенок испытывает припадки удушья; его глаза ослепляют слезы; уши не воспринимают звуков, глотка воспаляется; кишечник спазмирует, его обжигают собственные испражнения» (Браун Дж., 1997).

В связи с тем что в первые месяцы жизни преобладающее значение имеют два биологических процесса — поглощение и выделение (молоко из материнской груди поглощается при помощи рта и, переварившись, в виде испражнений выделяется вовне), приверженцам кляйнианской теории представляется вероятным, что наиболее ранние психические состояния и представления ребенка основаны на этих физиологических актах. Так, процесс поглощения является тем, что можно описать как «интроецирование», а процесс выделения представляет собой «проецирование». Ребенок желает поглощать только хорошие объекты, например удовлетворяющую грудь, и коль скоро он это делает, он обретает способность мыслить себя самого в качестве хорошего и «целого», а не просто как массу конфликтующих ощущений (Мани-Кирль полагает, что на этом типе интроекции основано понятие устойчивой самости). Однако либо потому, что жадность, с которой он берет грудь, частично агрессивна по своей природе, либо потому, что интроекция используется также в качестве средства контроля или уничтожения плохих объектов, порой плохие объекты кажутся проникшими вовнутрь. От таких проявлений собственной агрессии ребенок может избавиться с помощью либо деструктивных действий, либо процесса проецирования. Когда спроецированные плохие объекты, представляющие собственную агрессию ребенка, вновь осаждают его, возникает то, что Кляйн называет «шизоидно-параноидной» позицией. Наглядными проявлениями этих чувств расщепления и преследования являются гневные истерики и негативные состояния периода роста зубов, при которых ребенок может отказываться от пищи и яростно вопить. Однако большей частью нормальные дети перерастают подобные состояния, хотя некоторый остаточный элемент сохраняется, включаясь позже в чувство вины, представляющее собой черту всякого цивилизованного существа.

Далее, согласно теории Кляйн, на более поздней стадии ребенок совершает новое и очень болезненное открытие — хорошие и плохие объекты, с которыми он сталкивался в первые месяцы жизни, представляют собой различные аспекты его матери. Как раз в то время,

когда реальность и воображение еще не достаточно дифференцированы и агрессивные желания представляются обладающими магической силой, ребенку начинает казаться, что он столкнулся с опасностью разрушения или уже разрушил персону, в которой он более всего нуждается и которую больше всего любит. Это открытие приводит к формированию «депрессивной» позиции. Именно потому, что данное состояние является болезненным, в это время развивается тенденция возвращения к шизоидно-параноидной позиции с ее отделенными друг от друга хорошими и плохими объектами.

Считается, что многочисленные чередующиеся состояния расщепления-преследования и депрессии могут возникать до того, как депрессивная позиция уже вполне достигнута и, в конце концов, оставлена позади. Ребенок перерастает свой депрессивный период, когда постоянное присутствие матери постепенно приводит к осознанию того, что агрессивные желания менее убедительны, чем опасался ребенок. И все же, как и в случае шизоидно-параноидной позиции, остатки депрессивной позиции всегда сохраняются. Депрессивный элемент чувства вины и тенденции взрослой личности преувеличивать «хорошесть» и «плохость» всего, с чем она сталкивается, являются этими остатками.

Поскольку элементы как шизоидно-параноидной, так и депрессивной позиции включаются в чувство вины индивида, Мани-Кирль полагает, что можно определить два крайних типа Суперэго (или совести), хотя полный спектр, разумеется, будет располагаться между этими двумя полюсами. На одном краю находится тип, почти исключительно сформированный на страхе наказания (шизоидно-параноидной позиции), а на другом — тип, конституировавшийся преимущественно на боязни травмировать или разочаровать любимый объект (депрессивная позиция). Первый будет склонен отвечать на чувства вины путем умилостивления, а второй — возмещения, представитель первого будет склонен к авторитаризму, а второго — к гуманизму.

К возрасту двух-трех месяцев, когда начинает разрушаться шизоидно-параноидная позиция, представления ребенка об агрессии начинают обусловливаться оральным уровнем развития. Агрессия принимает форму фантазий о кусании, разрывании и высасывании, которые, будучи спроецированными на мать, порождают образ ужасающей фигуры, призванной рвать, раздирать, потрошить и разрушать (возможно, образ ведьмы, фигурирующий во множестве сказок разных народов мира, порожден именно этой фантазией).

Для более полного понимания нововведений этой школы в теорию и практику психодинамической терапии в табл. 10 приведено сравнение взглядов А. Фрейд и М. Кляйн на примере психоаналитической работы с детьми.

Таблица 10

Варианты детской динамической психотерапии

А. Фрейд	М. Кляйн
По отношению к классической теории	
Признает ортодоксальную теорию, однако претендует на открытие неразработанной области доэдиповых стадий	Признает ортодоксальную психоаналитическую теорию, в то же время придавая «Эго» и защитным механизмам большее значение, чем это делалось прежде
Факторы окружающей среды гораздо менее значительны, чем думали прежде	Хотя неосознанные и инстинктивные факторы имеют огромное значение, такие факторы окружающей среды, как отношение к ребенку родителей, столь же важны. В значительной степени проблемы ребенка претерпевают изменения вместе с изменениями окружающей среды
Может быть продемонстрировано наличие предшественников Суперэго на протяжении первых двух лет жизни	Суперэго возникает на четвертом году жизни
Важнейшие влечения — агрессивные	Важнейшие влечения — сексуальны
Всякий анализ, оказавшийся не в состоянии проникнуть к стадиям инфантильной тревоги и агрессивности с целью их разрешения, является совершенно неполным	Основная задача анализа — устранение вытеснения и разрушение компромиссных (защитных) образований
В отношении практики	
Детей можно подвергать анализу, начиная с трехлетнего возраста и старше	Можно подвергать анализу детей с двухлетнего возраста, для того чтобы успешнее разрешать самые ранние конфликты
Детали применяемого метода зависят от возраста ребенка. Для детей, находящихся в периоде до латентной фазы, расслабление на кушетке и свободные ассоциации являются неподходящими техниками. Поэтому детям разрешается прохаживаться, говорить, рассказывать истории и сны или играть, и все эти виды деятельности используются в интерпретации, которая, как и в случае со взрослыми, носит постепенный характер	Метод сосредоточен вокруг фантазируемой жизни ребенка, раскрывающейся в игре. Интерпретации даются непосредственно, и даже самые глубокие интерпретации могут быть даны во время первой встречи

Таблица 10 (окончание)

А. Фрейд	М. Кляйн
Материал, с которым аналитик имеет дело (по крайней мере, в виде интерпретаций), включает широкий спектр сексуальных и агрессивных фантазий из первого года жизни (в том числе эдиповы желания, желание разрушить материнское тело, а также стремление инкорпорировать отцовский пенис)	При психоанализе маленький ребенок отличается от взрослого по двум пунктам: 1. «Эго» маленького ребенка не развито, и его основной проблемой является достижение контроля над своими примитивными инстинктами. Поэтому при анализе ребенка (так же как и при анализе психотического больного) необходима осторожность при интерпретациях. 2. Маленький ребенок не развивает типичного невроза переноса; он постоянно реагирует на актуальную ситуацию и в своей реакции не репродуцирует переживания прошлого на аналитика
Требуется содружество родителей как в обеспечении регулярности визитов ребенка к аналитику, так и в предоставлении информации и отчетов о прогрессе. Аналитик не делает никаких попыток давать советы или менять семейную ситуацию ребенка. Напротив, аналитик заинтересован в сохранении семейной ситуации без изменений на протяжении терапии, так как он стремится изучить генезис симптомов и характера ребенка	Родители не вовлекаются, так как вымышленная жизнь ребенка намного важнее

В. Фейербейрн, полностью отвергая биологизм классической теории Фрейда, предложил теорию, основанную на понятии центрального «Эго», ищущего связи с объектами, в которых оно может найти поддержку. В своей работе 1941 г. «Пересмотренная психопатология неврозов и психоневрозов» он описал психическое развитие личности в терминах объект — отношений, утверждая, что психозы и неврозы отличаются не регрессиями к тем или иным стадиям развития, а использованием различных приемов на протяжении второй стадии развития — переходной стадии, или стадии квазинезависимости. Придавая фундаментальное значение событиям двух оральных стадий (и, заметим, полностью отвергая анальную и фаллическую стадию), он пишет, что во время первой стадии, стадии инфантильной зависимости, младенец объективно полностью зависит от естественного объекта —

материнской груди, а в связи с этим первоначально в его отношении к ней нет амбивалентности. Но неизбежный опыт фрустрации и отказов с ее стороны ведет к шизоидной позиции, во время которой эго младенца расщепляется на три части. Две из них — либидное «Эго» (соответствующее «Ид» в классической теории) и антилибидное «Эго», или внутренний диверсант (менее точно соответствующее «Суперэго») — оказываются связанными с двумя противоположными восприятиями груди: как принимаемого (побуждающего) объекта и как отвергаемого (отвергающего) объекта соответственно. Третья часть «Эго» младенца становится центральным «Эго» (которое соответствует понятию «Эго» в классической теории).

По мнению Фейербейрна, шизофрения и депрессия этиологически связаны с нарушениями развития во время стадии инфантильной зависимости. В общих чертах этот процесс сводится к следующему.

В период ранней оральной стадии, пока материнская грудь является хорошей, ее содержимое инкорпорируется. Но в условиях фрустрации возникает тревога по поводу того, что объект вместе с его содержимым может быть инкорпорирован и таким образом уничтожен. Поскольку на этой стадии амбивалентной ситуации еще нет, проблема, стоящая перед фрустрированным младенцем, заключается в том, что он мог непреднамеренно разрушить свой любимый объект, следовательно, его любовь деструктивна и опасна. Это формирует основание шизоидных реакций у индивида, которые в дальнейшем проявляются в том, что человек на протяжении всей жизни будет испытывать опустошающее чувство, будто его любовь плоха и деструктивна, вследствие чего он будет склонен избегать глубоких эмоциональных взаимоотношений.

В период поздней оральной стадии естественный объект становится матерью с грудью, и когда он представляется плохим, он может быть покусан, а его плохой аспект инкорпорирован с целью установления над ним контроля. Амбивалентность с ее путаницей между любовью и ненавистью в этот период вызывает во фрустрированном младенце основную проблему, заключающуюся в том, как любить объект, не разрушая его ненавистью. Это служит основанием депрессивных реакций, проявляющихся в ощущении индивида, что его любовь по меньшей мере хороша, и следовательно, он сохраняет способность поддерживать отношения с окружающими объектами, однако при этом эти отношения всегда будут амбивалентно окрашенными.

Неврозы же, с точки зрения Фейербейрна, отражают действие различных приемов на протяжении следующей, переходной, стадии, или стадии квазинезависимости, когда ребенок достигает частичной независимости от матери, манипулируя принимаемыми и отвергаемыми

объектами, созданными в период шизоидной позиции. При обсессивном приеме он представляет, что оба объекта находятся внутри него, и в связи с этим достигает определенной степени независимости за счет осуществления контроля над «плохим» (отвергаемым) объектом. В случае истерического приема он представляет, что принимаемый объект находится вовне, а отвергаемый — внутри него. При фобическом приеме он представляет, что принимаемый и отвергаемый объекты находятся вовне. Наконец, при параноидном приеме принимаемый объект представляется внутри, а отвергаемый — снаружи.

Третьей и последней стадией Фейербейрн считал стадию зрелой зависимости, для которой характерна установка давания, когда как принятые, так и отвергнутые объекты уже экстериоризированы.

Рене Спитц, исследуя младенцев в детских домах, подчеркивал важность аффективной взаимности матери и младенца, благодаря которой в любых отношениях (в том числе и психотерапевтических) стимулируется познавательная активность и интеграция знаний и навыков. Под взаимностью он понимал многоуровневый невербальный процесс, оказывающий влияние как на субъекта, так и на объект и включающий аффективный диалог, который является чем-то большим, чем просто привязанность.

Дальнейший шаг вперед по пути разработки теории объектных отношений сделал английский педиатр Дональд Вудс Винникотт. Многие годы наблюдая в своей практике взаимодействие между матерью и ребенком, он выдвинул тезис, что «нет такой вещи, как младенец» (Тайсон Р., Тайсон Ф., 1998), чем подчеркивал, что, начиная с самого раннего детства, человеческая психика может развиваться и укрепляться лишь в диадных отношениях субъект — объект. Кроме того, он впервые стал говорить о том, что при развитии личности объект важен не только как внутренний, который имеет специфические индивидуальные характеристики из-за особенностей жизненного опыта (например, проективных и интроективных идентификаций), но и как внешний объект. Вводя такие конструкты, как «мать — окружающая среда», «первичная забота матери», «достаточно хорошая мать» и т. д., он говорил о том, что при анализе развития главным должно являться то, как первичный объект — мать входит в отношения с ребенком, как она умеет выполнять свои обязанности, достаточно ли она хороша, чтобы удовлетворить все нужды ребенка, и как все это способствует росту ребенка либо затрудняет его. В построениях Винникотта теория влечений (при которых объект имел вторичное значение) становилась уже не такой важной. Важность приобретал объект, который мог удовлетворять нужды ребенка.

Исследуя диадные отношения «мать — ребенок», Винникотт ввел понятие о переходных (транзиторных) феноменах. Наблюдая, как,

например, уголок одеяла, будучи ассоциированным с приятным взаимодействием с матерью, помогает младенцу успокоиться во время ее отсутствия, он предположил, что переходный объект является символом, помогающим установить связь между «я» и «не-я» тогда, когда младенец осознает разлуку.

Кроме того, в теории Винникотта возникла новая концепция функций объекта: для описания психологических взаимоотношений между матерью и ребенком он ввел понятие холдинга. По его словам, «холдинг — это все, что мать делает, и все то, чем она является для своего грудного ребенка» (Винникотт Д. В., 1998). Согласно концепции Винникотта об «истинном Я» и «ложном Я», младенец с самого начала настроен на объект, и обычная старательная мать наверняка не оправдывает его ожиданий. В результате этого ребенок просто подчиняется ее желаниям, жертвуя потенциалом своего «истинного Я» и образуя «ложное Я». Однако объект-мать помимо того, что кормит субъекта-ребенка, держит его в телесном контакте с собой, приспосабливается к его ритмам и нуждам, защищает и приводит к зрелым психическим процессам (например, символизации), то есть предоставляет себя ребенку как основу для удовлетворения всех его нужд, также выполняет функцию создания у него иллюзий. Она допускает и даже пробуждает у ребенка иллюзии о том, что он в своем всемогуществе творит объект-мать, что он соединен с матерью в некую всемогущую цельность. Лишь с помощью этих иллюзий, по мнению Винникотта, ребенок может защититься от ощущения собственного бессилия, способного разрушить его детскую психику. Такой иллюзией мать также создает у ребенка ощущение доверия к миру. Однако по мере созревания ребенка и укрепления его психики мать-объект должна постепенно удаляться и все меньше быть в распоряжении иллюзии их всемогущей цельности.

Объясняя тяжелую психическую патологию, Винникотт пишет, что внешний объект со своим внутренним миром, отягощенным глубокими неосознанными проблемами, специфически исполняя функцию холдинга (например, недостаточно или вообще не «отзеркаливая» аффекты), может сильно отягощать развитие ребенка или даже деструктивно затруднять его. Именно с помощью такого механизма он объясняет депрессивную пограничную и психотическую патологию в семьях.

Оригинальную концепцию контейнирования во взаимоотношениях объекта-матери и субъекта-ребенка ввел Уилфред Р. Байон. Он считал, что с помощью доступных экспрессивных средств ребенок запускает во внешний мир (в форме проективных идентификаций) некие ощущения (бета-элементы), которые еще не способен представить в своей незрелой психике. Чтобы понимать и разбираться в них, давая им мыслимое представление в собственном сознании, мать

обращается не только к своим познаниям и воображению, но и к тем впечатлениям, которые пробуждаются в ней благодаря сообщениям ребенка (контейнирует их). Опираясь на эти впечатления, связанные главным образом с ее опытом (преимущественно детским), она может возвращать ребенку ответ (альфа-элемент), адекватный его потребности, которая произвела изначальную проекцию. Этим она предоставляет ребенку измененное изображение ощущений, возникающих у него и проектируемых в нее. Трансформируя, таким образом, грубые психические элементы в элементы, которые можно представлять в воображении, фантазиях, снах и т. п., она дает ребенку возможность обрабатывать их в процессе мышления. Она как бы одалживает ребенку свой психический аппарат для осмысления психических содержаний. Ребенок постепенно интериоризирует этот аппарат и таким образом приобретает способность самостоятельно выполнять функцию контейнирования.

В 1950–1970-х гг. формулировки школы объектных отношений нашли свое подтверждение в разработках американских психотерапевтов, называвших себя «межличностными психоаналитиками» и тоже пытавшихся проводить психодинамическую терапию с глубоко нарушенными пациентами (Г. С. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни, К. Томпсон, О. Уилл, Ф. Фромм-Райхманн и др.). Однако, в отличие от аналитиков школы объектных отношений, они делали меньший акцент на стойком сохранении бессознательных образов ранних объектов и их отдельных сторон, а сосредоточили свое внимание в основном на межличностной коммуникации.

В этом они опирались на те предпосылки межличностной теории психотерапии, которые заложил З. Фрейд, перестав смотреть на переносы пациента как на отклонения, которые следует объяснять, добиваясь их уничтожения и начав рассматривать их как контекст, необходимый для лечения.

Признание важности взаимоотношений в процессе психодинамической терапии позволило психотерапевтам распространить свое вмешательство в тонкую область переживания клиентами межличностных отношений. Таким образом, теперь они могли расценивать своих пациентов как находящихся в состоянии психологического слияния с другой личностью, где собственное «Я» и объект эмоционально неразличимы, или пребывающих в диадическом пространстве, в котором объекты ощущались как объекты «за» и «против». Понимание перехода ребенка от симбиотического мироощущения (раннее младенчество) через борьбу «я — против — вас» (около двух лет), через более сложные идентификации (три года и старше) стало преобладающим по сравнению с оральной, анальной и эдиповой озабоченностью данных этапов. Эдипова стадия стала рассматриваться

как веха не только в психосексуальном, но и в когнитивном развитии, на которой происходит существенный скачок, победа над младенческим эгоцентризмом, заключающаяся в понимании того обстоятельства, что взаимоотношения двух людей (в классической парадигме родителей) могут не иметь ничего общего с самим ребенком (с его собственным «Я»).

Кроме того, концепции европейских теоретиков объектных отношений и американских межличностных аналитиков позволили понять причины многих тяжелых патологий, с трудом поддающихся анализу в терминах «Ид», «Эго» и «Суперэго». Теперь вместо рассмотрения целостного «Эго» с присущими ему функциями самонаблюдения такие пациенты стали расцениваться как имеющие различные «состояния Эго» — состояния, когда они чувствуют и ведут себя совершенно иначе, чем в другое время. Находясь в тисках этих состояний, они не способны объективно рассматривать то, что с ними происходит, и настаивают, что их нынешнее эмоциональное состояние является естественным и неизбежным в сложившейся ситуации.

Изменились и представления о контрпереносе (внутренних реакциях терапевта на пациента). Фрейд рассматривал сильную эмоциональную реакцию на пациента как свидетельство неполного знания аналитика о самом себе и неспособности позитивно относиться к другой личности. Но психоаналитики, работающие с психотическими больными и пограничными пациентами, пришли к выводу, что для понимания настолько дезорганизованных пациентов контрперенос необходим. Так, аргентинский аналитик Генрих Ракер предложил категории согласующегося (конкорданного) и дополняющего (комплементарного) контрпереноса.

Первый термин обозначает эмпатическое ощущение терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин означает, что чувства терапевта (неэмпатичные с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку. Это допущение базируется на предположении аналитической теории о том, что общение между младенцем и другими людьми основано на мощных невербальных коммуникациях (прежде всего эмоциональных, интуитивных реакциях). Поэтому всякий раз, входя в межличностный контакт, люди склонны прибегать к опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему вербальное логическое общение. Возникающий при этом феномен **параллельных процессов**, проистекающий из тех же эмоциональных и довербальных источников, впоследствии стал широко использоваться в клинических психоаналитических разборах — супервизиях.

Все эти теоретические нововведения привели к существенным изменениям в технике психодинамической терапии. Во-первых, пси-

хотерапевт из нейтрального зеркала превратился в новый интерактивный объект, одновременно придуманный и реальный, с которым можно строить более зрелые и более здоровые объектные отношения (что особенно важно для пациентов с глубокими нарушениями). Во-вторых, в психотерапевтическом процессе происходит смещение акцента от рассмотрения «там и тогда» к «здесь и сейчас», а также от вербальных к невербальным процессам. В-третьих, интерпретация больше не является единственным терапевтическим инструментом: психодинамическая терапия стала использовать чувствительность и аффективную включенность пациента. Теперь признается, что пациент может нуждаться в холдинге, контейнировании, эмпатии, уважении к своему психическому пространству и терапевт должен адекватно реагировать на эти потребности.

В заключение отметим, что представлениям самого З. Фрейда не были чужды разработки теории объектных отношений. Понимание важности объектов, с которыми актуально взаимодействует ребенок, и того, как младенец их переживает, просматривается в его концепции «семейного романа» (описывающей фантазии в эдипов период, посредством которых ребенок в своем воображении изменяет свои связи с родителями, например, воображая себя подкидышем), а именно — в указании на то обстоятельство, что эдипова стадия может протекать очень различно в зависимости от личности родителей, и, наконец, во все возраставшем внимании к роли взаимоотношений в лечении. Ричард Стерба, один из последних аналитиков, хорошо знавших Фрейда, указывал, как сильно теория объектных отношений обогатила первоначальные наблюдения Фрейда, подразумевая, что Фрейд приветствовал бы развитие этого направления психоанализа.

Сэлф-психология

В начале 1960-х гг. терапевты, работавшие в рамках психодинамических теорий, вновь столкнулись с тем, что проблемы их пациентов не всегда хорошо описывались на языке этих теорий. Суть жалоб людей, ищущих излечения, не всегда сводилась к проблемам, связанным с влечениями и их фрустрированием, или к негибкому функционированию некоторых защит против тревоги, или к активизации внутренних объектов, от которых пациент неадекватно сепарировался. Как отмечает Н. Мак-Вильямс, «сведение к таким понятиям было возможно, но при этом данному процессу недоставало лаконичности и объяснительной мощи, присущих хорошим теориям».

Описываемая категория пациентов жаловалась на «внутреннюю пустоту» (то есть скорее на отсутствие внутренних объектов, чем на

охваченность ими), отсутствие жизненных ценностей, смысла жизни и т. п. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но внутренне находились в постоянном поиске подтверждений того факта, что их принимают, любят или ценят. Даже в тех случаях, когда проблемы, о которых говорили клиенты, касались других тем, в них можно было обнаружить внутренние сомнения в собственной ценности и неустойчивость самоуважения.

Первоначально пациенты с хронической потребностью во внимании окружающих расценивались как нарциссические личности. Подтверждением этого, по мнению аналитиков, служил характер контртрансферентных реакций на них: психотерапевты, лечившие таких пациентов, сообщали, что испытывали чувство собственной незначительности, ощущение того, что их не видят, недооценивают либо переоценивают.

В психоаналитических работах этого периода высказывалось мнение, что проблемы подобных пациентов заключаются в их неуверенности относительно того, кто они и каковы их ценности. При этом такие пациенты часто вовсе не казались «нарушенными» с точки зрения большинства психодинамических теорий (так, они контролировали свои импульсы, обладали достаточной силой «Эго», стабильностью в межличностных отношениях и т. д.), но не ощущали радости от своей жизни и от того, кем являются.

Некоторые аналитики считали подобных пациентов не подлежащими лечению в связи с бытовавшим мнением о том, что цель развития собственного «Я» (Сэлф) является намного более грандиозной, чем изменение или переориентация уже существующего «Я». Другие исследователи работали над созданием новых моделей, благодаря которым таких пациентов можно было бы лучше понять и, следовательно, более эффективно лечить. При этом некоторые аналитики оставались в рамках существовавших моделей (например, Э. Эриксон и Р. Мей внутри эгопсихологии, О. Кернберг и Р. Мастерсон внутри теории объектных отношений), другие же искали нечто новое. Так, например, клиент-центрированная терапия Карла Роджерса (о которой речь пойдет в отдельной главе) многими психодинамическими психотерапевтами рассматривается как психодинамическая теория и терапия, утверждающая в качестве основных понятий развивающееся собственное «Я» и самоуважение.

Внутри теории психоанализа Хайнц Когут сформулировал новую теорию развития возможных нарушений и лечения Сэлф. В ней, среди других процессов, он выделил нормальную потребность в идеализации, а также допустил возможность выводов относительно взрослой патологии в тех случаях, когда процесс взросления проходит без объектов, которые могли быть первоначально идеализирова-

ны, а затем постепенно и безболезненно деидеализированы. Кроме того, разработки Когута способствовали общей переориентации на рассмотрение пациентов в терминах сэлф-структур, представлений о собственном «Я» (сэлф-репрезентаций), образов самого себя и того, как самоуважение становится зависимым от внутренних процессов. Понимание пустоты и мучений тех, кто не имеет надежного «Суперэго», заняло свое место рядом с состраданием, которое аналитики уже давно испытывали к тем, чье «Суперэго» было чрезмерно жестким.

Этот новый путь осмысления клинического материала обогатил психодинамическую теорию и практику понятийным аппаратом Сэлф и подтолкнул исследователей к попыткам понять объемы сэлф-переживаний. Терапевты стали замечать, что даже у тех пациентов, которых нельзя было рассматривать как явно нарциссических, можно было наблюдать действие механизмов, направленных на поддержание самоуважения, чувства связанности и непрерывности сэлф-функции, которым ранее не уделялось большого внимания. Защита была переосмыслена не только как средство против тревоги, вызванной «Ид», «Эго» и «Суперэго», но также как способ поддержания непротиворечивого, позитивного чувства собственного «Я». Теперь к традиционному пониманию психики и ее отклонений у индивида через акцентирующие вопросы — «Чего боится этот человек?» и «Что он делает в случае испуга?» — добавилось понимание через постановку проблемы — «Насколько уязвимо самоуважение этого человека?» и «Что он делает, когда его самоуважению что-либо угрожает?».

Приведем пример применения категорий сэлф-психологии в клинической диагностике: предположим, два пациента депрессивны, и при этом у них наблюдаются одинаковые вегетативные проявления, как то: бессонница, нарушение аппетита, заторможенность и т. п. Но они радикально различаются по своим субъективным переживаниям. Один (на языке традиционного психоанализа с «меланхолией») ощущает себя плохим в смысле своего морального несовершенства. Он размышляет о самоубийстве, поскольку полагает, что его существование только обостряет проблемы мира и он лишь сделает планете одолжение, избавив ее от своего дурного влияния. Другой (с нарциссически истощенным состоянием психики) ощущает себя не столько аморальным, сколько внутренне пустым, дефективным, безобразным. Он тоже думает о самоубийстве, но не для того, чтобы улучшить мир, — он не видит в этой жизни смысла. Первый испытывает жгучее чувство вины, второй — всеохватывающий стыд.

Структурный психоанализ Жака Лакана

Взгляды основоположника структурного психоанализа, французского психиатра и философа Жака Лакана остаются одними из самых противоречивых и дискуссионных. Его идейным принципом является девиз «назад к Фрейду». При этом под возвращением подразумеваются оригинальная переработка первой топики, а также обращение к идеям, связанным с проблемами первичного нарциссизма и комплекса кастрации. При новом взгляде на эти проблемы психоаналитический фокус смещается с фрейдовских «телесных напряжений» на речь.

Человеческую психику, по Лакану, составляют явления реального, воображаемого и символического порядка (по аналогии с триадой фрейдовской первой топики).

Реальное — это самая сокровенная часть психики, всегда ускользающая от образного представления и словесного описания. Реальное психики настолько непостижимо, что, характеризуя его, Лакан постоянно употребляет кантовский термин «вещь в себе».

Воображаемое есть индивидуальный вариант восприятия символического порядка, субъективное представление человека о мире и прежде всего о самом себе. Это то, что, по мнению Лакана, роднит человеческую психику с психикой животных, поведение которых регулируется целостными образами (гештальтами).

Человек в своем онтогенезе подпадает под власть образов в возрасте между 6 и 18 месяцами, на так называемой «стадии зеркала» (франц.: *stade de miroir*), когда ребенок начинает узнавать себя в зеркале и откликаться на свое имя. Как считает Лакан, в это время ребенок ощущает себя внутренне распадающимся на части, неравным себе в разные моменты времени, а окружающие предлагают ему соблазнительный единый и «объективный» образ его «Я», образ, накрепко привязанный к его телу. И окружающие, «другие», убеждают ребенка согласиться с ними, поощряют его принять это представление о целостности «Я» и о его тождественности самому себе во все моменты жизни. Ярким примером этого процесса является узнавание себя в зеркале: «Беспомощный младенец, неспособный к координации движений, предвосхищает в своем воображении целостное восприятие своего тела и овладение им. Этот единый образ достигается посредством отождествления с образом себе подобного как целостной формы; конкрет-ный опыт такого построения единого образа — восприятие ребенком своего отражения в зеркале» (Качалов П., 1992). Но этот момент радостного узнавания себя в зеркале или отклика на свое имя является также и моментом отчуждения, ибо субъект навсегда остается очарованным своим «зеркальным Я», вечно тянется к нему как к недосягаемому идеалу цельности. «Чем иным является Я, — пишет Лакан, — как не

чем-то, что первоначально переживалось субъектом как нечто ему чуждое, но тем не менее внутреннее... субъект первоначально видит себя в другом, более развитом и совершенном, чем он сам». Лакан доводит свои мысли до радикального вывода: «Либидозное напряжение, вынуждающее субъекта к постоянному поиску иллюзорного единства, постоянно выманивающее его выйти из себя, несомненно, связано с той агонией брошенности, которая и составляет особенную и трагическую судьбу человека». Кроме того, в этом «зеркальном двойнике» находится источник не только желания, но и завистливой агрессии.

Но субъект является пленником не только своего зеркального образа. Еще до своего рождения человек попадает под влияние речевого поля других людей, которые выражают свое отношение к его появлению на свет и чего-то от него ждут. Эта речь других людей (по лакановской терминологии — речь Другого) и формирует символическое субъекта. Исходя из этого, символическое есть априорный социальный порядок, система языка и вообще любая семиотическая система.

Для маленького ребенка знакомство с миром и с речью Другого начинается с фрустрации первичного нарциссизма (то есть с невозможности поддерживать адекватное внутриутробное единство с материнским телом из-за неизбежных упущений самой совершенной матери). Повинуясь социокультурным условностям, не позволяющим современной женщине постоянно держать ребенка рядом со своим телом, мать время от времени покидает ребенка, который не может понять, почему это происходит. Разлуки с матерью кажутся ребенку капризом или жестокостью с ее стороны, пока он, с точки зрения Лакана, не овладеет речью и не узнает об анатомической разнице полов.

Лакан последовательнее других психоаналитиков подчеркивает необычайную важность для бессознательного комплекса кастрации и того отречения (*Verleugnung*) или незнания (*meconnaissance*), которым люди с самого детства защищаются от факта, что у женщины нет фаллоса. Он цитирует описанный Фрейдом специфический аспект зависти к пенису — символические последствия этого комплекса для отношений женщины со своим будущим ребенком: «Она соскальзывает — благодаря символическому уравнению, можно сказать, — с фаллоса на ребенка». Доводя эту идею до логического конца, Лакан указывает, в каком положении оказывается такая женщина и ее ребенок: «Если желание матери составляет фаллос, ребенок захочет стать фаллосом, чтобы удовлетворить это желание». Такое открытие, наконец, объясняет то, зачем мать покидала ребенка: она делала это в поисках недостающего ей фаллоса, который она могла получить только у фаллического отца. Овладение человеческой речью позволя-

ет понять, что же именно говорила мать, оставляя ребенка: она называла Имя отца.

Итак, во всех межличностных контактах, для которых отношения между матерью и ребенком становятся первой моделью, фаллос навсегда остается символом, означающим желание, которое, по определению, никогда не может быть удовлетворено. Лакан подчеркивает, что то, что мы желаем — не сам объект, не Другой, а желание Другого, то есть мы желаем, чтобы нас желали. Поэтому в структурном психоанализе Лакана «субъекта побуждают заново родиться, чтобы узнать, хочет ли он того, чего желает». Имя отца становится первым словом, возвещающим закон и символический порядок мира патриархальной культуры. Мало того, Имя отца разрывает телесную инцестуозную связь ребенка и матери и устанавливает символический принцип членства в человеческих сообществах.

По мере того как растущий ребенок попадает в речевое поле Другого, он переживает еще одну травму — открытие факта смертности всех живущих. Человек, который желает, чтобы его желали, неизбежно сталкивается с нарциссической травмой собственной нежелательности, что вынуждает его перекраивать себя по чужой мерке и, соперничая с другими, ожидать признания Другого. По мысли Лакана, эти переживания неизбежно ведут к зависти, злобе, агрессии и смертельной обиде на мир и на самого себя.

Отчуждение человека от своей подлинной сущности, начавшееся с идентификации с зеркальным двойником в стадии воображаемого, усугубляется в стадии символического по мере вхождения субъекта в поле речи Другого. Это вызывает запоздалый протест, который изначально безнадежен. Лакан определяет положение ребенка перед лицом ожидания Других выражением «жизнь или кошелек». С помощью этой метафоры он описывает ситуацию вынужденного выбора: субъект либо откажется от удовлетворения своих сокровенных желаний (отдаст «кошелек») и тогда он сможет продолжить жизнь как член культурного общества, либо он не отдаст «кошелек», но тогда он будет исторгнут из жизни, и его желания все равно останутся неудовлетворенными (как, например, в случае детского аутизма). Отдавая «кошелек», субъект отдается на милость Другого, а именно он вынужден принять тот смысл, который другие люди припишут его призывам (например, плач мальчика мы склонны приписывать его недовольству, а девочки — испугу). Только Другой своим ответом (речь господина) властен превратить призыв ребенка в осмысленный запрос (то есть означающее 1, иначе — означающее господина). Покорствуя речи Другого, принимая чуждую интерпретацию своего запроса, ребенок в следующий раз уже выразит свой запрос в подсказанных словах (означающее 2), все более удаляясь от своего единого, единственно

подлинного желания. Таким образом, у человека появляются новые желания, подсказанные культурой, но в его «Я» навсегда залегает глубокая трещина, заставляющая его вечно метаться от означающего 1 к означающему 2 («Не угодно ли тебе этого?» — «Да, именно этого мне и хотелось!»). Такого окультуренного человека Лакан называет кроссированным субъектом. Таким образом, по мере взросления мы все меньше знаем о том, что мы говорим и что хотим сказать. Речь же других людей, окружавших нас в детстве, навсегда входит в нашу психику и становится ее важнейшей, бессознательной частью.

Лакан заимствовал у французского лингвиста Ф. Соссюра и впоследствии значительно изменил формулу знака, используемого в лингвистике, — отношение между означающим и означаемым, между материальным компонентом знака и компонентом, который только обозначен, выступает лишь как намек и может отсутствовать вообще. У Соссюра эта формула выглядела как:

$$S/s,$$

где S — означающее, а s — означаемое.

Для Лакана эта формула соответствовала формуле вытеснения: черта, разделяющая две части знака, является выражением барьера вытеснения. Следовательно, означаемое уподобляется вытесненному, всегда отсутствующему, ускользающему от обычного сознания и выражаемому при помощи означающего, которое отражает структурированность языка. Таким образом, символическое объективно и представлено в формах языка, в означающем, которое главенствует над означаемым — психическими содержаниями субъекта, его опытом. Однако Лакан подчеркивал отсутствие постоянной, устойчивой связи означаемого с означающим, так что символическое в его концепции нельзя строго определить, равно как и найти его точный смысл.

Цепочки означающих, символическое, очерчивают жизнь человека и его судьбу. Субъект, «Я» есть не что иное, как система связей между означающими, система взаимодействий реального, воображаемого и символического. Все многообразие человеческих отношений укладывается Лаканом в изящный афоризм: «Означающее репрезентирует субъекта другому означающему». Смысл этой фразы состоит в том, что человек в общении использует речь для того, чтобы дать понять другому, чем он является и чего хочет, — а сделать это можно только через слова языка (означающие). Означаемым здесь является сам человек, его «Я». Все это справедливо и в отношении собеседника, Другого, также репрезентирующего себя посредством слов.

Если «бессознательное структурировано как язык» (Бурлачук Л. Ф. и [др.], 2008), то есть характеризуется систематической связанностью

своих элементов, то отделение их друг от друга играет столь же важную роль, как и «полные» слова. Любой перерыв в дискурсе, независимо от того, с чьей стороны он произошел, есть «пунктуация». Эффекты языка оттеняются «пунктуацией», которая, отражая временные связи и умение психотерапевта, становится, как говорит Лакан, важным средством регуляции переноса. Собственно психотерапия состоит в выявлении временных зависимостей, образующих структуру языка: от одного означающего к другому, через интервалы, выполняющие функцию «пунктуации» всего рассказа или отдельных ассоциаций слов, постепенно все более вырисовывается структура языка — речь Другого.

Задачей психотерапии Лакан считает установление правильных отношений субъекта к Другому, то есть установление отношений на основе культурных (символических) и субъективных (воображаемых) детерминирующих факторов. Перефразируя знаменитую формулу Фрейда: «Где было „Оно", там будет „Эго"» в «Где было „Оно", должно быть „Эго"», Лакан устанавливает разграничение, которое не было проведено Фрейдом — разграничение между «Я» субъекта и «Я» его дискурса. Первое остается иллюзорной защитой, второе знает, что такое реальность и каковы налагаемые ею ограничения. Различие между ними — фундаментальное различие между незнанием и осознанием этого незнания: «Чтобы исцелить от душевного недуга, нужно понять смысл рассказа пациента, который следует всегда искать в связи „Я" субъекта с „Я" его рассказа».

В таком случае целью психотерапии (которая обратна цели воспитания) становится разделение правды истинных желаний субъекта и навязанных ему идеалов, освобождение пациента от культурного (символического) порядка при неврозе или построение этого порядка заново при психозе. Поэтому процесс психотерапии он уподобил игре четырех игроков в бридж. За двух игроков играет психотерапевт (сознательного аналитика, дающего интерпретации, и смерть, молчаливо пытающуюся втянуть в игру пациента) и за двух — пациент (сознательного пациента, предъявляющего запросы, и Другого, представляющего собой бессознательное).

Динамика психотерапии, согласно Лакану, состоит в следующем. Пациент, как кроссированный субъект, вначале ожидает, что аналитик будет, как это делали все значимые другие в его жизни, навязывать смысл его призывам, то есть пациент ожидает, что аналитик ответит ему означающим 1 (означающим господина). Однако, так как «все идеалы непристойны» (Качалов П., 1992), речь аналитика не должна давать никаких идеалов, и аналитику следует физически быть там, откуда пациент ожидает услышать речь господина, при этом он должен быть обманкой — объектом *a*, то есть тем, что пациент любил

и недолюбливал, ненавидел и недоненавидел в своем детстве, когда его мир был так же фрагментирован, как и он сам (понятие объекта у Ж. Лакана примерно соответствует понятию частичного объекта в психоанализе М. Кляйн и переходному объекту у Д. В. Винникотта). Для того чтобы успешно справиться с ролью маленького *a*, психоаналитику следует молчать как можно дольше, а самое главное — молчать должны его желания, иначе «игра пойдет, но будет неясно, кто ведет». Молчание аналитика в ответ на первые пустячные жалобы и поверхностные проблемы (пустую речь) позволяют пациенту регрессировать, «а регрессия не обнаруживает ничего иного, как нынешнее состояние означающих, что прозвучали в запросах давно прошедших лет». Только подслушав речь Другого у пациента, в игру вступает сознательный аналитик, возвращающий пациенту эту речь Другого, то есть предлагая ему интерпретацию старого запроса. «Изложение запросов пациента в один миг распахивает все его прошлое до самого детства. Ибо дитя может выжить, лишь прося».

Открыв пациенту «правду желаний», аналитик окончательно превращает «пустую речь» в «полную речь» Другого, то есть возвещает просьбу «Оно» к субъекту. В этот момент аналитик обычно прерывает сеанс, таким образом внося пунктуацию в речь Другого.

Подводя итог рассмотрению понятий и концепций психодинамической терапии, подчеркнем, что их общей и отличительной чертой является акцент на динамических процессах, происходящих в личности, а не на чертах личности или отдельных отличительных симптомах и синдромах, характерных для медицинских справочников и руководств, а также некоторых других видов психотерапии. Кроме того, психодинамический подход позволяет представлять нормальную и патологическую личности как организованные в значимых для них измерениях, причем выражающих оба полюса выделенного измерения. Так, например, личности с проблемами близости могут быть обеспокоены как близостью в отношениях, так и дистанцированием, а личности с маниакальными проявлениями психологически подобны депрессивным. В связи с этим психодинамический подход является подходом, рассматривающим личность в целостности и снимающим парадокс «недостатки — достоинства».

Глава 8
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ

Патогенетическая психотерапия — отечественный вариант психодинамической психотерапии. Создателем ее является выдающийся психолог и психиатр Владимир Николаевич Мясищев (1893—1973), ученик В. М. Бехтерева и А. Ф. Лазурского. К середине 1930-х гг. им была сформулирована концепция психологии личности (система отношений индивида с окружающей средой) и методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения или воспитания.

На базе «психологии отношений» сформировалась новая психотерапевтическая система, получившая название личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и исторически связанный с ним коллектив кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования — «школа Бориса Дмитриевича Карвасарского». С 1969 г. Б. Д. Карвасарский является научным руководителем отделения неврозов и психотерапии института, одновременно с 1982 по 1993 г. он заведовал и кафедрой психотерапии.

В своем развитии патогенетическая психотерапия прошла несколько этапов. На первом этапе разрабатывался преимущественно ее индивидуальный вариант. Он связан с именами В. Н. Мясищева и его учеников (Р. Я. Зачепицкого, Б. Д. Карвасарского, В. К. Мягер, А. Я. Страумита, Е. К. Яковлевой и др.).

Второй этап посвящен, прежде всего, развитию модели групповой патогенетической психотерапии (70-е годы прошлого столетия). Он базируется на работах Б. Д. Карвасарского и его сотрудников (Г. Л. Исуриной, Е. В. Кайдановской, В. А. Мурзенко, В. К. Мягера, В. А. Ташлыкова, Э. Г. Эйдемиллера и др.).

И, наконец, третий этап, явившейся дальнейшим развитием второго, — разработка концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Б. Д. Карвасарский, Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков).

Начиная с 80-х гг. XX в., развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сопровождалось интеграцией в ее систему по клинико-психологическим критериям методов двух других направлений психотерапии: когнитивно-поведенческой (А. П. Федоров) и гуманистической (А. А. Александров). В последний

период акцентируется внимание на клинических и психодинамических аспектах соотношения личностно-ориентированой (реконструктивной) психотерапии и психофармакотерапии в терапевтическом процессе (В. И. Курпатов).

Психология отношений — теоретическая основа патогенетической психотерапии

Согласно концепции В. Н. Мясищева, сущностью личности является отношение к действительности. Отношение при этом рассматривается как связь между индивидом (субъектом) и окружающей действительностью (объектом). Отношения могут существовать как актуальные (активированные в данный момент связи), так и потенциальные, возможные связи с действительностью. Хотя отношение к определенному аспекту или предмету действительности является целостным образованием, В. Н. Мясищев считал возможным и аналитическое рассмотрение этого понятия. С этих позиций одну сторону отношения представляют потребности.

Несмотря на то что существовали разные точки зрения на потребность (потребность как самостоятельная психологическая категория, потребность как волевое проявление, потребность как характеристика личности), В. Н. Мясищев рассматривал потребность через призму понятия «отношение». Это связано с тем, что компонентами потребности являются, во-первых, субъект, испытывающий потребность, во-вторых, объект потребности (точнее — репрезентативный в его психике объект потребности, не во всем отражающий объективный предмет) и, в-третьих, определенная связь между субъектом и объектом. Эта связь (отношение) формирует функциональную нейродинамическую структуру, приводящую к активации, энергизации и определенной направленности субъекта на объект потребности. В. Н. Мясищев считал, что такие связи могут быть достаточно стабильными, инвариантными и характеризовать личность. Таким образом, объект потребности выступает, с одной стороны, как репрезентация реальности, включающая этот объект, с другой стороны, как цель поведения субъекта — репрезентация потребности субъекта. Очень важна первая сторона такой представленности, условно называемой «объективное окружение», образующая собственно когнитивный компонент отношения. Когнитивный компонент отношения позволяет структурировать бесконечную в своих связях реальность, сделать поступающую информацию возможной для использования.

Современная когнитивная психология выделяет различные типы структурирования окружающей действительности, прежде всего,

категории и обозначения. Использование таких обобщенных структур позволяет упростить поступающую информацию, преобразовать ее в более простые и общие формы, избавляет нас от необходимости удерживать в памяти незначащую случайную информацию. Каждой из категорий мы даем соответствующее обозначение, например, дерево, облако, трава и т. д.

Категории и обозначения позволяют упростить ориентировку не только в окружающем предметном мире, но идентифицировать поведение, чувства, намерения и т. д. Представим себе, что, стоя в очереди, вы ощутили толчок в спину. Обернувшись, вы видите нетвердо стоящего на ногах человека. От того, как вы классифицируете такое поведение (проявление алкогольного опьянения, или проявление нетерпения и агрессивности с его стороны, или еще каким-либо образом), зависит ваша реакция. Для адаптации человека особенно важно то, как он классифицирует и обозначает собственное поведение и свои чувства. Некоторые исследователи придают большое значение этому действию (обозначению), считая, что оно в значительной степени направляет человека. Нередко человек ведет себя таким образом, чтобы соответствовать такой категории (например, «я — алкоголик», «я — неудачник» и т. д.).

Эмоциональная составляющая отношения является еще одним компонентом отношения. Она позволяет установить связь конкретного отношения со всей психикой человека и контекстом, в котором возникают конкретные отношения.

В. Н. Мясищев в области чувств (эмоций) выделял три группы явлений: эмоциональные реакции, эмоциональное состояние и эмоциональные отношения, к последней группе он относил такие чувства, как любовь, дружба, вражда, ненависть и др.

Сущностные характеристики отношения

«Отношение человека в специальном психологическом смысле представляет собой сознательную активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как личности — субъекта со всей действительностью или с отдельными ее сторонами» (Александров А. А., 2009).

Таким образом, В. Н. Мясищев относил к сущностным характеристикам отношения целостность, активность, избирательность, сознательность.

Целостность. С позиций В. Н. Мясищева, отношения являются целостными образованиями. Они связывают целостного человека с действительностью, с одной стороны; с другой стороны, они свя-

зывают целостного человека с целостным предметом или явлениями мира. Это не аналитическая связь с отдельными выделенными сторонами предмета или явления. Отношение есть проявление личности в целом, поэтому оно уникально и индивидуально, как и личность каждого человека. Отношение как целостная структура отражает всю личность человека. Это часть, которая содержит информацию о целом объекте — личности.

Выделение отдельных отношений, как и их отдельных компонентов, есть проявление аналитического подхода к целостной системе и может быть возможным путем понимания отношений и личности, но на определенном этапе этот подход должен быть дополнен синтетическим.

Активность. Цель как элемент входит в структуру отношения. Индивидуальная значимость ее определяет степень активности субъекта для ее достижения. Реализованная деятельность и выступает мерилом степени активности человека. Активность как характеристика отношения не тождественна внешней деятельности. В ряде случаев она может смещаться во внутренний план и тогда проявляется в активности воображения и фантазии. Внешняя пассивность в таком случае может быть проявлением достаточно активного отношения индивида.

Активность личности, понимаемая как система отношений, является сложной результирующей каждого из отдельных отношений.

Избирательность. «Избирательный характер отношения обозначает, что особенности характера, в том числе и силы реакции, зависят от содержания предмета и от значимости его для относящегося лица» (Александров А. А., 2009). Избирательность как характеристика отношения проявляет себя в разной реакции на один и тот же предмет, явление различными людьми.

«Избирательность — понятие, теснейшим образом связанное с понятием значимости» (Александров А. А., 2009).

Значимость предмета в значительной степени связана с индивидуальным опытом человека. Индивид субъективно предвосхищает и конструирует значимость события в связи с эмоцией, связанной с ним в прошлом (негативная или позитивная, приятная или неприятная). То есть без эмоции нет значимости, а есть значение (нейтральная информация не способна мотивировать человека).

Значимость невозможна без участия когнитивной составляющей отношения. Включение объекта, события в имеющиеся когнитивные структуры позволяет определить его место в когнитивной сети (в том числе провести его категоризацию, классификацию и т. д.). В этот процесс интерпретации обязательно включаются и те параметры объекта, события, которые связаны с зафиксировавшимися в прошлом эмоциями. Такие параметры события придают ему осо-

бое, личное значение, которое не совпадает с общепринятым. Поэтому некоторые события имеют особую метку, свой личностный смысл и поэтому значимость.

Значимость зависит также от степени задействованности мотивационно-поведенческой составляющей отношения. Включение ее происходит вследствие изменения состояния гомеостаза (внутреннего или внешнего) и вследствие этого повышения интенсивности активации определенной потребности. Чем выше степень ее активации, тем больше ее значимость.

Значимость также связна с уровнем, который занимает конкретное отношение в иерархии отношений личности. Чем более высокий уровень в иерархии занимает отношение, тем выше его значимость.

Индивид — это целеустремленная система. Поддержание гомеостатического функционирования — это одна сторона адаптации. Прогнозирование возможного изменения событий и совершение опережающих действий, помогающих приспособиться к этим изменениям, — это другая сторона адаптации. Трансценденция — выход за пределы гомеостатического функционирования (утверждение новых смыслов, ценностей в окружающем мире) — это вторая сторона адаптации, без которой нельзя говорить о полноценном функционировании. Поэтому значимость предмета определяется и его потенциальной возможностью для дальнейшего развития индивида.

Значимость делает возможной оценку события, а при актуальном сформированном отношении значимость — это оценка события.

Существуют автоматические и бессознательные оценки, сформированные по механизму классического условного рефлекса И. П. Павлова или вследствие инструментального обусловливания (подкрепления и наказания).

Процесс оценки может включать и более осознаваемые уровни, включающие взвешивание ожиданий, затрат и т. д., что более соответствует аналитическому подходу к объекту.

Позиция В. Н. Мясищева относительно значимости, как нам представляется, ближе к целостному подходу и предполагает способность психики взвешивать и сопоставлять «вес» различных явлений, объектов с учетом многих параметров, организмически оценивать событие и помещать его на континууме «значимость — незначимость» для всего индивидуума как биопсихосоциального единства. Значимость позволяет индивиду включать в оценку разные уровни функционирования организма: физиологический, психологический и социальный.

Отношения определяют степень интереса, интенсивность эмоций, желаний и потребностей, поэтому они и являются движущей силой личности.

Сознательность определяется В. Н. Мясищевым как «способность отдавать себе отчет в действительности, основанная на свойственной человеку деятельности второй сигнальной системы — речи и отвлеченного мышления», способность «правильно отражать действительность в ее основных чертах, отдавать себе отчет в смысле воздействия и обстановки и сообразовать действия с обобщенным содержанием опыта» (Александров А. А., 2009).

Выделяя сознательность в качестве сущностной характеристики отношений, В. Н. Мясищев указывал на существование различных степеней сознательности. И хотя он по идеологическим соображениям того времени не использовал термин «бессознательное», из его работ ясно, что отношение может варьировать от бессознательного, неосознаваемого до ясно осознаваемого.

Одна из важных задач психотерапии заключается в том, чтобы сделать для клиента значимые отношения в проблемных областях осознанными, поскольку сознание в представлениях В. Н. Мясищева — это высший уровень психической деятельности и регуляции человека.

Выделяя сознательность в качестве важнейшей сущностной характеристики отношения, В. Н. Мясищев обосновывал это положение тезисом о том, что «личностью может быть только человек, сущностным свойством которого является сознание. Личность выступает как сущность человека, отличающегося от животного именно сознанием» (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999). Сознание человека, неразрывно связанное с речемыслительной деятельностью, позволяет человеку в определенном смысле удвоить отношения, отразить их и представить в сознании. Степень представленности в сознании отношения может быть разной, но, опираясь на феноменологические характеристики отношения, используя соответствующие технические приемы (например, усиление продемонстрированного поведения или выраженной эмоции), можно облегчить осознание соответствующего отношения, понять его смысл. В онтогенезе отношения человека первоначально представлены на довербальном уровне, когда еще нельзя говорить о личности человека. И только на последующих этапах можно говорить о разной степени осознанности отношений.

Основные компоненты отношений

Отношение — целостно, не расчленено. В нем целиком отражается весь индивид, вся личность человека. Однако, исходя из практической целесообразности, можно выделить в отношении отдельные компоненты: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий.

Когнитивный, познавательный компонент включает знания о предмете и явлении. Знания представлены в разной форме. Декларативное знание — это знание о фактах и связях между ними. Это знание о том, что стереотипно повторяется в предметах и явлениях. Это описательная информация о предмете, о том, что он представляет собой. Эта информация может достигать достаточной глубины, но оставляет за кадром вопрос, как протекает взаимодействие с таким предметом. В зависимости от сложности эта информация может быть отнесена к прототипам, к понятиям, концептам и другим более сложным структурам. Процедурное знание — это знание о правилах, способах взаимодействия с реальностью, с предметами или явлениями. Процедурное знание составляет существенную часть нашего знания об окружающем мире. Процедурное знание — это знание о том, как взаимодействовать с соответствующими объектами.

Декларативное знание — это описание того, что надо достигать, это обобщенное описание связей, существующих между явлениями. Без процедурного знания (ответа на вопрос, как достигать) декларативное знание в значительной степени является констатацией факта, декларацией, которая отягощает ум, но не обогащает человека. Но когнитивный компонент отношения включает еще один элемент — значимость или ценность для индивида. Этот элемент вербализуется и представлен человеку как смысл. «Отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с их существом, с их смыслом». Смысл — сугубо индивидуальная характеристика. Не декларативное знание само по себе направляет поведение человека, а тот личностный смысл, который он придает предмету или событию. Выделение этих структур в когнитивном компоненте позволяет рассматривать осознавание как многостадийный процесс, и только освоение разных форм знаний приводит к целостной модификации отношений. В противном случае можно знать, что надо делать, и оставаться на месте (когнитивный инсайт), можно знать, что надо делать и как надо делать, и не сдвигаться с места (когнитивный и поведенческий инсайт), и только прояснение смысла, наполнения его личностным значением и значимостью позволяет человеку сделать выбор и начать движение (целостная модификация отношения).

Когнитивная составляющая отношения всегда биополярна. Полюса когнитивной составляющей отношения получили название «полюс сходства» и «полюс контраста». «Полюс сходства» задействуется тогда, когда два объекта или события схожи по какому-либо параметру, «полюс контраста» — при различии. Даже в осознаваемом отношении обычно один полюс (чаще «полюс сходства») является менее осознаваемым, например, два человека вызывают разные отношения — один

симпатию, другой неприязнь. За таким осознаваемым отношением, к примеру, может стоять более глубокое отношение с двумя полюсами (прогнозируемый — непрогнозируемый), а за этим уровнем может стоять следующий с полюсами «опасный — неопасный» и т. д.

Таким образом, когнитивная составляющая отношений иерархична и отражает разные этапы формирования данного отношения в онтогенезе.

Эмоциональный компонент. «Эмоция как целостная реакция личности выражает и формирует эмоциональное отношение. Целостность в эмоции выражается единством множественных способов проявления отношения организма к внешнему объекту и глубокими изменениями всей внутрисоматической динамики в связи со значимостью объекта, вызывающего у человека эмоцию» (Александров А. А., 2009).

Эмоциональный компонент отношения позволяет установить связь конкретного отношения со всей системой отношений человека (личностью, в понимании В. Н. Мясищева), с целостным индивидом как биопсихосоциальным единством. Значимость является связывающей структурой, позволяющей устанавливать такого рода связи.

Эмоциональный компонент отношения на этапе его формирования выступает как целостная реакция всего индивида и проявляет себя недифференцированными эмоциями (напряжение, возбуждение, активация и др.). По мере структурирования отношения, все большего включения второй сигнальной системы эмоциональный компонент приобретает все более дифференцированный характер, и тогда возможно аналитическое опознание и обозначение испытываемых эмоций и чувств. Таким образом, проработка эмоционального компонента отношения позволяет включить конкретную проблему в контекст всей системы отношений человека, понять действительную ее значимость и тем самым облегчить модификацию отношений индивида к проблемной ситуации.

Мотивационно-поведенческий (волевой) компонент отношения. «Проблема мотивации, как известно, привлекала внимание своей связью не только с проблемами воли, но и изучением всей деятельности человека. Мотив как основание действия, решения или усилия является не чем иным, как выражением отношения к объекту действия, выступая субъективно как желание, стремление, потребность, сознание долга, необходимость и т. д. (Александров А. А., 2009).

С точки зрения В. Н. Мясищева, выделение этого компонента отношения дает другой ракурс рассмотрения объекта — объект как цель, которая направляет вектор движения субъекта в его действиях. Использование слова «волевой» для обозначения этого компонента обращает внимание еще на один параметр этого компонента — проблему выбора направления движения, защиту его от возникающих помех.

Итак, выделение мотивационно-поведенческого (волевого) компонента позволяет понять, как объект (предмет) включается в отношение как цель (направленность движения субъекта), как значимость, как активирующий, энергизирующий момент отношения, предопределяющий активные действия индивида. Кроме того, понять отношение как опережающее отражение действительности, вносящее в нее новую реальность (цель), преобразующую ее, а не только как рефлекторное реагирование и приспособление к действительности. В субъективном представлении индивида значимость выступает как смысл, как ценность. Формирование этого компонента (если интерпретировать В. Н. Мясищева) — это развертывающийся во времени процесс, включающий выбор вектора движения, формирование опережающей действительность цели, программ, способов достижения цели, защита возможного маршрута движения от помех.

Включение отдельного отношения в структуру личности происходит через вход, который называется «личностный смысл».

Несколько слов о том, как понимается смысл современной наукой. Понятие смысла неявно было введено вместе с понятием энтелехии Аристотелем. Он обратил внимание на то, что живые существа развиваются постадийно, как будто каждая последующая стадия составляет смысл (цель) существования предыдущей. В последующем представления Аристотеля развивали виталисты. В их работах можно проследить формирующиеся идеи о смысле как об обращенной в будущее трассированной семантической линии, создающей направленность движения сложно организованных систем (организмов), а также создающей центры образования новых подструктур в организме.

В современном понимании смысл — это то, что сужает коридор возможностей, ограничивает их число, одним словом, смысл есть то, что создает переход от «настоящего к будущему (или от прошлого к настоящему)». Цели, которые попадают в этот коридор возможностей, достижимы, реалистичны, непопадающие — нереалистичны, бессмысленны. «Иначе говоря, смысл выступает как направление, намеченное в пространстве возможностей» (Брудный А. А., 1998).

Смысл является не только субъективной категорией. Он существует в сознании субъекта, поскольку существует в действительности. Это положение касается и понятия личностного смысла.

Но смысл — это не только направление. Смысл — это структура, связь, позволяющая включить явление в структуры высшего и более общего порядка. «Включенность в высшие структуры составляет основное условие направленности движения. Другими словами, в понятии „смысл” зафиксировано существование взаимной связи между законами развития. Если каждый закон есть в своей основе связь, то

в понятии „смысл" отражена системная взаимозависимость этих связей» (Брудный А. А., 1998).

Личный смысл с этих позиций есть коридор возможностей, который зависит от индивидуального неповторимого опыта конкретного человека. Этот индивидуальный опыт делает предпочтительными одни возможности и блокирует другие. Понятно, что такое пространство возможностей не совпадает с потенциально возможным.

Значимость — это характеристика интенсивности отношения, личностный смысл — это уже определенным образом организованная структура (качественная характеристика), поэтому разные события можно сравнивать по значимости, разместив их на шкале «более значимый — менее значимый», по смыслу события невозможно оценивать подобным образом.

Отношение — преимущественно сознательная, основанная на опыте избирательная психологическая связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях.

Отношение и зоны контактов с окружающим миром

Отношение как сформированная структура предопределяет, что из возможного будет восприниматься.

Сенсорно-перцептивный уровень — самый широкий уровень возможностей восприятия мира. Ограничения на этом уровне связаны с ограничением возможностей рецепторов у человека, как у вида *Homo Sapiens*. Когнитивный уровень отношения существенно сужает сферу восприятия мира по ряду причин:

1. Сам по себе этот уровень, включающий структуры понятий, категорий, классификационных типов и т.д., уже отбрасывает значительную часть информации предшествующего уровня, не улавливаемую этими структурами когнитивного компонента.

2. За счет наличия мотивационно-когнитивных связей внутри отношения происходит активация структур когнитивного уровня, имеющих связи только с потенциальными объектами мотивации.

3. Включение эмоционального компонента отношения накладывает еще ряд ограничений на восприятие окружающего мира. Эти ограничения проистекают из прошлого негативного опыта, связанного с потенциально возможными объектами мотивации. Эти объекты опасны, поэтому нежелательны. Приближение к таким объектам вызывает резкое усиление отрицательных эмоций, поэтому контакт с ними избегается. Однако не эти когнитивно-эмоциональные связи между

объектом и негативными эмоциями наиболее суживают диапазон возможностей, а связи между субъектом, негативной эмоцией и объектом (в том числе и возможным действием с объектом). Если такого рода связи консолидируются, то они приобретают характер сформированного отношения. Оформляется и когнитивный компонент такого отношения. Он может носить как превербальный характер и быть представлен в виде образов (образных представлений), так и вербальный характер. В этом случае отношение к определенным объектам приобретает высокую значимость и определенный личностный смысл.

4. Включение в структуру отношения к определенному сектору внешнего мира отношения к себе еще больше сужает диапазон возможностей индивида, а может быть, вообще исключает этот сектор как возможную цель. В восприятии мира человеком в таком случае возникают зоны отсутствия контакта. На сенсорно-перцептивном уровне человек воспринимает эти зоны, но на личностном уровне вовлечения они отсутствуют; подчеркнем, зоны дают возможность реализовывать свои потребности и цели, и, следовательно, быть адаптивным и развиваться. Потребность в таком случае не может быть реализована не по объективным причинам, а по субъективным причинам. Невротический конфликт становится субъективно неразрешимым.

Для продолжения неосознавания данной зоны окружающего мира индивидом будут использованы разные приемы от искажения восприятия окружающего до искажения восприятия себя. Действия такого человека будут активными, направленными на реализацию неосознаваемой цели — избегания контакта.

Каждое отношение имеет определенный диапазон применимости. Диапазоном применимости можно назвать круг событий и объектов, к которым отношение применимо, поскольку соответствует им по структуре. Возможны нарушения отношений по этому параметру: сверхгенерализация и ограничения диапазона применимости. Эти нарушения связаны с нарушениями проницаемости или границ когнитивной составляющей. Отношения, онтогенетически формирующиеся ранее, как правило, имеют более широкий диапазон применения, более неосознаваемы.

Иерархия отношений

1. По уровню отношений:

а) уровень отношений, сформированный на основе частичного объекта;

б) уровень довербальных отношений, сформированный на основе целостного объекта;

в) уровень отношений, сформированный с включением вербального взаимодействия.

Данная классификация основана на преобладающих связях с внешним объектом. Еще раз подчеркнем, что по мере формирования отношений и превращения их в стабильную внутреннюю структуру, иерархия отношений определяет взаимодействие человека с окружающим миром.

2. По континууму значимости отношения для субъекта:

а) вытесненные;
б) дистанцированные (осознанно подавляемые, избегаемые);
в) нейтральные;
г) значимые;
д) доминирующие (особо значимые);
е) сверхценные;
ж) бредовые.

Еще один подход к иерархии отношений основан на понимании их как интериоризации наиболее часто повторяющихся взаимодействий, связанных с требованиями со стороны внешнего мира.

Отношения представляют гипотетическую структуру, которая включает определенный аспект или сектор реальности как условие для проявления потенциально возможных действий. Отношения актуализируются вследствие нарушений физиологического или психологического гомеостаза. Нарушения гомеостаза репрезентируются в психике и формируют цель отношения. Таким образом, отношения обязательно включают в себя структуру цели, так как только формирование опережающего отражения действительности, придание цели личностной значимости активирует и приводит в действие индивида. Отношение включает в свою структуру определенный фрагмент «объективного мира», определенный сектор реальности.

Отношения — это структура, которая, сформировавшись, стремится возобновить себя, и поэтому все действия индивида направлены на то, чтобы сохранить прежнее состояние психического гомеостаза. Например, человек, установивший отношения подчинения, даже когда окружающие будут сами активно становиться подчиненными, сделает все, чтобы восстановить более привычное для него отношение подчинения.

Личность — это ансамбль отношений, это иерархизированная система отношений. Человек — личность, это не абстрактное изолированное существо, это и его окружение, которое интериоризировано в психические структуры отношений. Личность как система отношений существует не вне мира и не в изоляции от других, а путем интериоризации отношения с другими, превращения их в оформленные функциональные психические структуры.

Богатство личности зависит от разнообразия представленных в ней отношений. Но разнообразие — это только одна сторона. Степень структуризации различных отношений — это другая сторона личности. По этому параметру можно выделить два полюса недостаточной структуризации и сверхструктуризации. Недостаточная структуризация затрудняет адаптацию, поскольку не позволяет индивиду задействовать в реакции все потенциально полезные отношения. Сверхструктуризация ограничивает поле реакций человека, поскольку включенные в жесткую структуру отношения ограничены в потенциальных реакциях. В таких случаях доминирующее отношение предопределяет диапазон возможных реакций при включении других отношений.

Классификация отношений

Отношение как целостное образование при аналитическом рассмотрении включает в себя три сущностных компонента: когнитивный, эмоциональный, мотивационно-поведенческий. Отдельное отношение включается и включает всего индивида как целостную систему с помощью всех трех компонентов. В таком случае в зависимости от ракурса рассмотрения фокусом может стать каждый компонент, но при этом контекст тоже разный.

В. Н. Мясищев так и не предложил законченную классификацию отношений, но чаще всего он использовал содержательно-когнитивную классификацию.

Так, отношение к себе, с точки зрения В. Н. Мясищева, является центральным среди других отношений. Поскольку когнитивная составляющая является кристаллизационным центром любого отношения, в том числе и отношения к себе, отношение к себе развивается в процессе онтогенеза от дообъектного (стадия отношения к себе как к частичному объекту) через отношение к себе как целостному объекту ко все более дифференцированному отношению к отдельным своим признакам и характеристикам.

Отношение к себе, таким образом, является многоуровневой иерархической структурой, то есть результирующей отношений самых близких к индивиду (прежде всего, матери). На уровне целостного отношения к себе наиболее глубоким уровнем будут следующие типы отношения: агрессия (нападение), неприятие (отвержение без агрессии), нейтральное отношение, принятие частичное (неопределенное), безусловное принятие, амбивалентное отношение. Сформировавшись, отношение к себе в последующем предопределяет определенное восприятие событий, включенных в диапазон приме-

нимости данного специфического отношения. Отношение к себе незримо присутствует в каждом значимом отношении.

С точки зрения В. Н. Мясищева, человек в процессе жизни вступает в повторяющиеся взаимодействия с ограниченным числом людей, объектов и явлений. Особенно ограничено число таких связей в начале жизни. Для адаптации к такому окружению и формируются личностные отношения. Каждое отношение соответствует определенному сегменту окружения, включает характеристики этого сегмента и вне этого сегмента неприменимо. Несмотря на значительное усложнение жизни современного человека, количество сегментов окружения, с которыми необходимо устанавливать взаимодействие для удовлетворительного приспособления, все равно ограничено. Можно было бы говорить, что они соответствуют числу когнитивных личных конструктов по Келли. Конструкт — это структура для упрощения поступающей информации, которая позволяет прогнозировать развитие жизненных событий. Каждая историческая эпоха с ее определенным развитием производительных сил и тем социальным статусом, который занимает человек, требует определенного необходимого минимума взаимодействий. Вот почему В. Н. Мясищев нередко цитировал К. Маркса, заменяя выражение «общественный человек» на слово «личность». Личность — это совокупность всех общественных отношений.

Отношения к себе как внешнему объекту для психики предшествуют формированию отношений к внешнему миру. В последующем отношения к себе, связанные с идентичностью, и экзистенция становятся ядром отношений личности. При этом главная характеристика личности, по В. Н. Мясищеву, — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующаяся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга.

Отношения, входящие в поверхностные слои структуры, в той или иной степени непрерывно изменяются даже в условиях относительно постоянной среды и мало влияют на изменение других отношений:

1. Чем более глубокими в структуре личности являются отношения, тем они более статичны даже на протяжении больших временных интервалов и неподатливы к изменениям в окружающей среде и во внутреннем мире человека.

2. Изменения глубинных отношений могут протекать медленно в процессе развития личности или происходить одномоментно под воздействием ситуаций, носящих экстраординарный характер, что происходит чрезвычайно редко.

3. В ядре системы отношений локализованы отношения к самому себе, в связи с этим их реконструкция вызывает значительные

и широкие изменения и в других отношениях, которые занимают более поверхностное положение в структуре.

4. Динамика отношений может быть как естественным, неуправляемым процессом, так и сознательным.

5. Этот процесс может управляться как самим человеком, так и его окружением.

6. Именно на этой основе строятся процессы воспитания, психокоррекции и пихотерапии.

Патогенетическая концепция неврозов

С точки зрения В. Н. Мясищева, невроз является экспериментальной моделью, которую создает жизнь для изучения особенностей отношений человека. «Нигде, как в неврозе, с такой полнотой и выпуклостью не раскрывается перед исследователями личность человека, нигде так убедительно не выступает болезнетворная и благотворная роль человеческих отношений, нигде так ясно не выступает уродующая и целительная сила воздействия, не сказывается с такой отчетливостью роль созданных людьми обстоятельств» (Александров А. А., 2009).

Невроз нередко является следствием воздействия внешних патогенных событий, часто предъявляющих противоречивые требования к индивиду. Можно в таких условиях говорить о внешней конфликтной ситуации, в которой оказался человек, но, с точки зрения В. Н. Мясищева, патогенные события, носящие характер конфликта, могут стать как источником психологического роста человека, так и источником начала заболевания неврозом. Второй вариант возникает, когда психотравмирующая ситуация совпадает по значению с внутриличностным конфликтом, что делает внешнюю ситуацию, внешний конфликт субъективно неразрешимым. Это важное, но не единственное условие возникновения болезни. Вторым условием является включение в конфликт особо значимых отношений личности, занимающих высокий ранг в системе отношений индивида, имеющих насыщенные эмоциональные и мотивационные компоненты.

«Невроз потому является, прежде всего, болезнью личности, что он вызывается обстоятельствами значимости в системе отношений личности» (Александров А. А., 2009). Хотя, с точки зрения стороннего наблюдателя, при неврозе воздействию подвергаются отдельные локальные сферы отношений, в эту ситуацию индивид вовлекается целиком за счет значимости нарушенной сферы отношений. Субъек-

тивная неразрешимость внутриличностного конфликта проецируется вовне и еще больше затрудняет решение трудной ситуации, индивид застревает в ней. Поэтому, когда психотерапевт в процессе сбора анамнеза фиксирует у пациента такие проблемные ситуации в прошлом, он предполагает, что они могут быть отражением уже существующего у него интрапсихического конфликта. Сопоставление их с актуальной психотравмирующей ситуацией позволяет ему лучше понять содержание и сущность основного интрапсихического конфликта. Проработка этого конфликта, прояснение его содержания, его механизмов, (как и за счет чего поддерживается этот конфликт, а если бы не включались механизмы консолидации интрапсихического конфликта, то он разрешился бы спонтанно, что и происходит в некоторых случаях) его конструктивное решение и является главной целью патогенетической психотерапии.

Итак, в патогенетической терапии интрапсихический конфликт является основной мишенью терапии. Наличие неразрешимой психотравмирующей ситуации, интрапсихического конфликта приводит к состоянию хронического психоэмоционального перенапряжения и на каком-то этапе к возникновению общеневротической симптоматики, прежде всего, астенического и вегетативного круга.

Существование интрапсихического конфликта — это *locus minoris resistentia*, ахиллесова пята, уязвимое место в системе отношений личности. Только если внешняя ситуация подходит к уже существующему интрапсихическому конфликту, как ключ к замку, она оказывается особенно психотравмирующей. К понятию интрапсихического конфликта В. Н. Мясищев неоднократно обращался во многих своих работах, но, к сожалению, нет ни одной работы, целиком посвященной описанию этого понятия. Поэтому последующие комментарии носят характер развития положений, высказанных В. Н. Мясищевым.

Интрапсихический конфликт является следствием нарушений соотношения компонентов в отношении. Напомним, что когнитивная составляющая включает в себя декларативное знание (описание фактов с минимальным включением субъекта), процедурное знание (знание как взаимодействовать с объектом) и знание об объекте как цели (потенциальной цели отношения). Мотивационно-поведенческая (волевая) составляющая содержит субъективную репрезентацию цели, набор стратегий выбора и достижения цели (как достигать цель). В набор стратегий входят также поведенческие стратегии взаимодействия с объектом как целью. Сюда же входят способы защиты мотива от вторгающихся помех. Значимость и личностный смысл выступают как центральные параметры этого компонента. Эмоциональная составляющая отношения базирует-

ся на когнициях (образах, представлениях, мыслях), без когниций нет эмоций. Только при массированных интенсивных эмоциях роль когнитивного компонента минимальна. На самом деле интенсивность сама может становиться значением, то есть когнитивным компонентом.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Центральной мишенью терапии является интрапсихический конфликт, который возникает вследствие блокирования какой-либо важной для дальнейшего развития человека сферы отношений. Эта блокировка, как правило, возникает в относительно ранний период детского развития. Поэтому одну сторону интрапсихического конфликта составляет нереализованное отношение, можно сказать, нереализованная потребность. Это отношение при благоприятных обстоятельствах могло бы стать базой для формирования новых отношений, связанных с расширением социальных взаимодействий индивида. Эти потенциально возможные отношения соответствовали бы новому характеру требований, предъявляемых к индивиду, давали бы ему возможность гибко адаптироваться к усложнившимся задачам. Но поскольку человек остановился в своем психологическом развитии, то в этой проблемной области отношений его психологические ресурсы недостаточны для совладания с новой социальной задачей. И в этой области отношений он является потенциально уязвимым. Предположим, что у индивида были заблокированы отношения, связанные с проявлением инициативы. На этапе их формирования ребенка за проявление самостоятельности, инициативы, пусть не всегда продуктивной, наказывали, останавливали, не поощряли. В последующем такой ребенок будет благоприятно развиваться только в тех областях взаимоотношений, в которых от него не требуется инициатива, личная ответственность. В других сферах, где требуется самостоятельность, он дисфункционален. Поэтому у него может возникать парадоксальная реакция. Ребенка выдвигают на более высокую социальную позицию, например, руководить группой соучеников, но вместо подъема он реагирует тревогой, снижением настроения, в плане поведения демонстрирует не самые продуктивные действия и решения. Аналогичные реакции и поведение могут отмечаться и у взрослого человека, имеющего подобную ахиллесову пяту. Таким образом, неразрешенный интрапсихический конфликт делает человека потенциально дезадаптивным в тех сферах, которые он захватывает.

Второй стороной интрапсихического конфликта является мотивация, препятствующая реализации значимой потребности, отношения. Понятно, что блоки, остановившие формирование значимого отношения, были реальны и неодолимы для ребенка, и они зафиксировались в его психике как непреодолимые, связанные с интенсивными негативными эмоциями. В последующем столкновение с лицами или ситуациями, чем-то напоминающими их, ассоциативно с ними связанными, вызывает усиление тревоги и прекращает действия по реализации значимой актуальной потребности (первой стороны интрапсихического конфликта).

Разрешение интрапсихического конфликта предполагает не подавление и уничтожение противоположной стороны, а создание такого взаимодействия, при котором каждая из сторон получила бы условия для полного развития и конструктивного взаимодействия друг с другом.

Проведение терапии предполагает решение нескольких задач:

1. Идентификацию значимого, связанного с симптоматикой интрапсихического конфликта.

2. Осознание его сути (содержания противоположных мотивов), сознательное принятие тех из них, которые могут быть приняты, отказ от тех, которые не могут приняты.

3. Через призму нового понимания своих мотивов модификация отношений, прежде всего, в наиболее значимых проблемных областях, в том числе и отношения к болезни.

Другими словами, основная задача патогенетической психотерапии состоит в выяснении жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно перерабатывать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности, перестройке дезадаптивных отношений, формировании новых продуктивных отношений в проблемной сфере.

В более развернутом виде задачи личностно-реконструктивной психотерапии могут быть сформулированы следующим образом:

1. Глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей.

2. Выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики.

3. Достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием.

4. Осознание его активной роли в сохранении нерациональных способов разрешения невротического конфликта.

5. Оказание помощи больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, коррекция неадекватных способов поведения, приобретение навыка продуктивного разрешения проблемных ситуаций.

Проведение личностно-реконструктивной психотерапии включает ряд обязательных этапов:

1. **Создание психотерапевтического альянса.**

Началу проведения собственно терапии предшествует этап сбора анамнеза. Кроме обычно собираемого анамнеза, для диагностической квалификации состояния больного терапевт уже на этом этапе выделяет сферы отношений, в которых у пациента возникали трудности. Обращает внимание на повторяемость непродуктивных стратегий поведения в проблемных ситуациях, уровень генерализации таких стратегий, захватывают ли они одну сферу отношений, например производственную, или несколько. Для лучшего выделения таких проблемных ситуаций целесообразно предложить пациенту вспомнить 3—5 ситуаций, относящихся к разным возрастным периодам (детские и ранние школьные годы, отрочество и юность, период зрелости), в которых он испытывал трудности. Уже на этом этапе можно предположить, какое базовое (онтогенетически более раннее) отношение нарушено и проявляется в этих проблемных ситуациях. На этом же этапе отмечаются связи между обострениями симптоматики и утяжелениями психотравмирующей ситуации. С помощью этих и некоторых других приемов пациент постепенно подводится к психогенной модели болезни. Важно, чтобы он хотя бы частично принял такую концепцию болезни.

2. **Следующий этап — заключение психотерапевтического контракта**. Он предполагает приобщение клиента к концепции патогенетической терапии, описание целей терапии, сроков ее проведения, обязательств и ответственности сторон. Пациент информируется, что целью терапии является формирование новых полноценных отношений, дающих возможность адаптивно функционировать в проблемных сферах, за счет их формирования заполнить те пробелы, те дефициты в связях с окружением, которые не позволяли продуктивно развиваться и функционировать. Пациенту сообщаются краткие сведения об интрапсихическом конфликте, о его роли в возникновении проблемных ситуаций, об основных этапах проведения. Информация дается в максимально упрощенном виде, так чтобы она ориентировала, а не программировала пациента.

3. **Диагностический этап психотерапии, выявление потенциальных мишеней психотерапии**.

В последующем возможны различные варианты проведения терапии:

1) Терапия, начинающаяся и акцентированная непосредственно на симптоматике.

2) Терапия, прорабатывающая наиболее типичную проблемную ситуацию, связанную с симптоматикой.

3) Терапия, сфокусированная на последней наиболее актуальной психотравмирующей ситуации, связанной с обострением симптоматики.

4) Терапия, сфокусированная на онтогенетически наиболее ранней ситуации аналогичной последней психотравмирующей ситуации.

Возможны и другие варианты начала работы.

Первый вариант терапии подробно описан в кандидатской диссертации нашей соискательницы Е. В. Царевой. Он предполагает проведение следующих этапов.

Этап телесно-ориентированной психотерапии. Целью данного этапа являлось катартическое отреагирование эмоций, связанных с симптоматикой (техника посегментного «распускания панциря» В. Райха); приобретение сенситивности в дифференциации телесных и психологических ощущений, связанных с симптомами (основная техника: амплификация (усиление) и отреагирование эмоций, ассоциированных с симптомом, что в свою очередь позволяет начать дистанцирование от проявлений болезни).

Этап арт-терапии. Целью его являлось дальнейшее дистанцирование пациента от симптоматики и разотождествление с ней, углубление прояснения ведущих эмоций, связанных с симптомом и содержательного психологического значения симптоматики. Тем самым начиналось прояснение неосознаваемой, вытесненной части интрапсихического конфликта.

Этап работы с фокальным, внутриличностным конфликтом, связанным с симптоматикой. Целью данного этапа являлось осознание содержательного значения внутриличностного конфликта, полярных тенденций, мотивов. Главной техникой, используемой на этом этапе, была техника «внутриличностного столкновения».

Этап интеграции. Цель данного этапа — принятие прежде неосознаваемых, незавершенных мотивов, переформулировка личностного смысла каждой из сторон, создающих внутриличностный конфликт.

В течение лечебного курса на всех его этапах постоянно осуществляются два взаимосвязанных психологических процесса:

— осознание;

— реконструкция отношений личности.

Осознание, инсайт заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, понимании им истинных источников собственных невротических расстройств.

Реконструкция отношений личности проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческих уровнях.

Патогенетическая психотерапия базируется на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

1. **Задачи патогенетической психотерапии в познавательной сфере**:

а) осознание связей «личность—ситуация—болезнь»;

б) осознание интерперсонального плана собственной личности;

в) осознание генетического (исторического) плана.

Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «личность—ситуация—болезнь», не имеет определяющего значения для собственно психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

Процесс психотерапии должен помочь осознать в познавательной сфере (когнитивное, интеллектуальное осознание):

а) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств, то есть осознать связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

б) особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

в) как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности его поведения и эмоционального реагирования и как они оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

г) существующие рассогласования между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

д) собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

е) характерные защитные психологические механизмы;

ж) внутренние психологические проблемы и конфликты;

з) более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования, начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

и) собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно разрешить их.

2. **Задачи патогенетической психотерапии в эмоциональной сфере**:

а) точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие;

б) переживание и осознание прошлого эмоционального опыта;

в) непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса;

г) формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

В эмоциональной сфере процесс психотерапии должен помочь пациенту:

а) получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

б) пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

в) пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

г) научиться искренности в проявлении чувств к другим людям;

д) стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

е) научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

ж) раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);

з) модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия самого себя и своих отношений с другими;

и) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

3. **Задачи патогенетической психотерапии в поведенческой сфере** — формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

В поведенческой сфере процесс психотерапии должен помочь пациенту:

а) увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

б) приобрести более адекватные навыки общения;

в) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;

г) развить формы поведения, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

д) выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах;

е) закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать благоприятной адаптации.

Таким образом, задачи патогенетической психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании, отношении к себе, саморегуляции.

Общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях:

1) когнитивной;
2) эмоциональной;
3) поведенческой.

И могут быть обозначены как:

1) конфронтация;
2) корригирующий эмоциональный опыт;
3) научение.

Конфронтация — столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами.

Конфронтация в групповой терапии осуществляется за счет предоставления обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии психотерапевт выступает «инструментом» обратной связи, который акцентирует внимание клиента не столько на содержании взаимодействия (теме, предмете обсуждения), сколько на процессуальной стороне взаимодействия (как протекает взаимодействие, какие неосознаваемые эмоции и чувства проявляет пациент, какими неосознаваемыми целями и мотивами он руководствуется, чего он избегает в процессе обсуждения проблемной темы). Для этого используются соответствующие техники, помогающие осознать демонстрируемые, но неосознаваемые чувства, вытесняемые цели и мотивы, неосознаваемые установки и отношения. Терапевт при этом подчеркивает противоречия между осознаваемыми и неосознаваемыми представлениями пациента о себе, о его установках, целях и мотивах.

Корригирующий эмоциональный опыт включает:

а) переживание и анализ своего эмоционального опыта (в том числе связанного и с прошлым, но переживаемого актуально в ситуации «здесь и теперь» в момент рассказа о нем);

б) эмоциональную поддержку, означающую для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей.

Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствует принятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта.

Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия.

Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе терапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования.

Научение (приобретение новых эталонов поведения и стратегий решения проблем) осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует приобретению новых моделей поведения в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как экспериментальная площадка для проверки адекватности и функциональности прежних и новых форм поведения и взаимодействия, выработки навыков полноценного общения.

Последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной патогенетической психотерапии.

При первой встрече с пациентом психотерапевт минимально активен, не директивен, способствует созданию доверительного контакта, раскрытию эмоциональных переживаний пациентом.

Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации его представлений о

болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт выступает преимущественно в роли эксперта.

Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни: эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-личностные позиции и отношения, потребности или мотивы, невротический конфликт, симптоматика. Увеличивается осознание собственной роли в выборе дисфункциональных способов взаимодействия. Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии психотерапевт снова увеличивает активность для побуждения пациента к испытанию и закреплению новых способов отношения, эмоционального реагирования и поведения в проблемных ситуациях.

Современная патогенетическая психотерапия «личностно-ориентированная (реконструктивная)» является оформившимся интегративным направлением, широко использующим методы и техники других направлений. Вышеизложенная концепция отношений, патогенеза неврозов и психотерапии является базой, которая позволяет интегрировать, а не эклектически совмещать в практической работе различные методы и приемы.

Часть IV
Экзистенциально-гуманистическое направление

Глава 9
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Экзистенциально-гуманистическое направление является одним из основных направлений в современной психотерапии. Оно возникло в середине XX в. на базе ведущих философских концепций — феноменологии Э. Гуссерля, Ф. Брентано и экзистенциальной философии С. Кьеркегора под влиянием процессов гуманизации послевоенного общества. Оно возникло как своеобразный противовес дилемме «психоанализ-бихевиоризм» в качестве альтернативной, третьей силы (Карвасарский Б. Д., 1998). В основе методов данного направления лежат представления об уникальности человеческого опыта, приобретаемого в процессе роста и развития. Поэтому в фокусе внимания терапевтов данного направления находятся субъективные переживания пациента в их взаимосвязи с разрешением ситуации существования и бытия как такового. Представители данного направления признают ограниченность современных концепций о природе человека и, в частности, концепций об организации психической деятельности и ставят во главу угла уникальность непосредственных переживаний личности в актуальной ситуации. В связи с этим данное направление психотерапии также называют **феноменологическим,** или **опытным**. К данному направлению, в первую очередь, относят клиент-центрированную психотерапию К. Роджерса, а также экзистенциальную психотерапию, логотерапию В. Франкла, эмпирическую, гештальт-терапию и ряд других методов.

Клиент-центрированная терапия Карла Роджерса

Подход к терапии, изначально называвшийся «недирективным», а в дальнейшем получивший название «клиент-центрированного», наилучшим образом представлен в произведениях его создателя, Карла

Рэнсома Роджерса (1902–1987). К. Роджерс получил степень бакалавра в Университете Висконсина в 1924 г., а степень магистра и доктора философии в Колумбийском университете в 1928 и 1931 гг., соответственно. С 1928 по 1938 г. работал в департаменте изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, а в 1931 г. стал руководителем департамента. В 1939 г. департамент становится рочестерским Детским психолого-педагогическим центром; К. Роджерс оставался его руководителем еще год, а затем перешел в Университет штата Огайо на должность профессора клинической психологии, где работал с 1940 по 1945 г. В 1945 г. К. Роджерс стал профессором психологии и исполнительным секретарем Консультативного центра при Чикагском университете. В 1957 г. занял должность профессора психологии и психиатрии в Университете Висконсина. В 1962—1963 гг. стал сотрудником Центра продвинутых исследований в области поведенческих наук в Стэнфорде, в 1964 г. работал в качестве постоянного сотрудника в Западном институте поведенческих наук в Ла-Джолла. В 1968 г. принял участие в создании Центра по исследованию личности в Ла-Джолла, где и работал вплоть до своей смерти. В качестве руководителя Американской психологической ассоциации К. Роджерс инициировал исследования в области эффективности психотерапии и активно способствовал популяризации психотерапии среди населения.

В Советском Союзе идеи К. Роджерса оказали влияние на становление и развитие группового варианта интегративной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Карвасарский Б. Д., 1998). Основными работами К. Роджерса являются «Консультирование и психотерапия» (1942); «Клиент-центрированная психотерапия: современная практика, смысл и теория» (1951); «Психология: изучение науки» (1959).

Основные понятия клиент-центрированной психотерапии Карла Роджерса

В гуманистической психотерапии человек рассматривается как целостное биопсихосоциальное единство (самость), находящееся в процессе непрерывного роста и развития (самоактуализации). Патология возникает в результате нарушения роста (тенденции актуализации). Ниже перечислен ряд базовых концепций теории клиент-центрированной психотерапии, отражающей в том числе наиболее важные принципы гуманистического направления в целом.

Тенденция к актуализации — врожденная тенденция организма к развитию всех своих способностей с целью самоподдержания и самосовершенствования.

Тенденция к самоактуализации — проявление общей тенденции к актуализации в той части переживаний организма, которая символизируется в «Я».

Поле опыта — то, что потенциально доступно сознанию, воспринимаемая часть внутреннего мира.

«Самость» — целостность, включающая в себя телесный (на уровне организма) и символический, духовный (на уровне сознания) опыт.

«Я»-реальное — система представлений о самом себе, которая формируется на основе опыта общения с другими людьми и изменяется в соответствии с возникающими перед человеком ситуациями и его собственными действиями в них.

«Я»-идеальное — представление о себе как об идеале, о таком, каким бы человеку хотелось стать в результате реализации своих возможностей.

К «Я»-идеальному стремится приблизиться «Я»-реальное. Степень различия между «Я»-реальным и «Я»-идеальным определяет степень дискомфорта личности и личностный рост. Если степень различия невелика, то она выступает двигателем личного роста. Высокая степень различия, когда «Я»-идеальное выражает обостренное самолюбие и повышенную амбициозность, может стать причиной невротического срыва.

Интенциональность — характеристики поведения индивида, находящегося в защитном состоянии, в частности ригидность, сверхгенерализация, отход от реальности, абсолютная и безусловная оценка опыта и т. д.

Экстенциональность — дифференцированное восприятие, определяемое скорее фактами, чем концепциями, с осознаванием пространственно-временного положения фактов и разных уровней абстрагирования.

Зрелость — индивид является зрелым, когда его восприятие реалистично и экстенционально, он не склонен к защитной позиции, ощущает ответственность за свое отличие от других, несет ответственность за собственное поведение, оценивает опыт на основании собственных ощущений, изменяет оценку опыта, лишь основываясь на новом опыте, принимает других как уникальных, отличных от себя индивидов, ценит других.

Позитивное отношение — восприятие некоего «Я -переживания» другого человека, которое создает позитивное изменение в своем эмпирическом поле, приводящее к ощущению теплоты, симпатии, уважения и принятия другого человека.

Безусловное позитивное отношение — восприятие «Я-переживания» другого человека без различения большей или меньшей ценности.

Локус оценки — источник доказательства ценности; может быть внутренний или внешний.

Внутренняя система координат — вся сфера опыта, доступная для осознания индивидом в данный момент; субъективный мир индивида.

Внешняя система координат — восприятие исключительно с позиции своей собственной субъективной системы координат без эмпатии к наблюдаемому человеку или объекту.

Организмический оценивающий процесс — постоянный процесс, при котором ценности никогда не становятся фиксированными, или ригидными, а переживания точно отображаются в символах, постоянно и заново оцениваются с точки зрения организмического удовлетворения.

Теория полностью функционирующей личности

Каждый индивид испытывает потребность в позитивном отношении со стороны других и в позитивном самоуважении. Когда эти потребности удовлетворены, наиболее полно реализуются склонности к актуализации своего организма и точному осознаванию переживаний. Когда эти условия максимально соблюдены, человек становится полностью функционирующим. Полное функционирование является синонимом оптимальной психологической адаптации, оптимальной личностной зрелости, полной конгруэнтности, максимальной открытости переживаниям и полной экстенциональности. Это и есть задача, или конечная цель, оптимальной психотерапии, с точки зрения представителей гуманистического направления.

Можно выделить три характеристики или аспекта полного функционирования человека, хотя они объединены в единое целое.

1. **Открытость переживаниям**. Пользуясь позитивным отношением со стороны других и позитивным самоуважением, полностью функционирующая личность свободна от угрозы и, следовательно, свободна от необходимости защищаться. Человек открыт всем своим переживаниям, раздражители принимаются и обрабатываются в нервной системе без избирательности или искажения. Отсутствуют препятствия или запреты каких бы то ни было переживаний.

2. **Экзистенциальный образ жизни**. Открытость переживаниям означает наличие в каждый момент жизни новизны, поскольку сочетание внешних и внутренних раздражителей всякий раз уникально. Следовательно, человек не может заранее предсказать свои действия. Участие в переживании не предполагает полного его контроля. Жизнь характеризуется гибкостью и приспособляемостью, а не ригидностью. Личность и «Я» индивида пребывают в постоянном движении.

3. **Организм как верный ориентир к доставляющему удовлетворение поведению**. Полностью функционирующая личность делает то, что «представляется ей правильным», и обнаруживает, что это адекватное или удовлетворяющее поведение. Это происходит потому, что, будучи открыта всем переживаниям, она обладает всей доступной информацией без отрицания или искажения отдельных элементов. Сюда входят и социальные требования, и собственная комплексная система потребностей человека. Организм обрабатывает эту информацию подобно компьютеру. Полностью избежать ошибочных решений невозможно, поскольку информация может быть неполной или вообще отсутствовать, однако любое не приносящее удовлетворения поведение дает корректирующую обратную связь.

Эти характеристики полностью функционирующей личности имеют прямое отношение к ценностям и процессу оценивания. Организмический оценивающий процесс предполагает внутренний локус оценки, который локализуется в самом индивиде. Это напоминает подход к оцениванию в младенческом возрасте, однако в процессе социализации локус оценки обычно смещается вовне, когда человек ищет любви, принятия и социального одобрения от значимых других в своем окружении. Таким образом, ценностные стереотипы интроецируются, а не становятся результатом собственных процессов организмического оценивания или переживаний. Эти стереотипы ригидны и часто приходят в несоответствие с переживаниями, это расхождение служит основой небезопасности и отчуждения чувств у индивида. В процессе терапии некоторые индивиды достигают открытости собственным переживаниям и зрелости, возвращая локус оценки в себя. Хотя оценивающий процесс у них протекает, как у младенцев, он более сложен, включает все прошлые переживания, эффекты и последствия тех или иных поступков для себя и других. Критерием процесса оценивания, как и у младенца, служит степень, в которой данное поведение ведет к самосовершенствованию или самоактуализации.

Следствия из этой концепции:

1. **Полностью функционирующая личность — это личность творческая**. Ее открытость чувствам и экзистенциальной жизни способствует креативности через осознавание отношений, невидимых другим людям. Такой человек не отличается конформностью и далеко не всегда «адаптирован» к культуре, но он способен жить конструктивно, удовлетворяя свои базовые потребности.

2. **Полностью функционирующая личность конструктивна и достойна доверия**. Базовая природа людей истинна как с индивидуальной, так и с социальной точек зрения, когда они действуют свободно. Когда нам удается освободить человека от готовности к защите, чтобы перед ним

открылся широкий диапазон собственных потребностей, а также не менее широкий диапазон требований окружения и социума, можно быть уверенным в том, что его реакции будут позитивными, устремленными вперед и конструктивными.

3. **Поведение полностью функционирующей личности зависимо от условий, но не может быть предсказано заранее**. Поскольку конкретный стереотип внутренних и внешних раздражителей в каждый момент времени уникален, полностью функционирующие люди не могут предсказать свое поведение в новой ситуации, однако сохраняют верность себе и уверены в адекватности своего поведения. Если впоследствии поведение полностью функционирующей личности будет проанализировано другим человеком, то оно будет сочтено вполне оправданным.

4. **Полностью функционирующая личность свободна и не детерминирована**. Поведение может контролироваться внешними, или средовыми, условиями и событиями. Вместе с тем, человек может свободно выбирать, как ему действовать. Пациенты во время терапии принимают решения и делают выбор, меняющий их поведение и всю жизнь. Это свобода внутренняя, это установка или представление о том, что люди обладают способностью иметь собственные мысли и жить своей жизнью, выбирая, кем им быть, и неся ответственность за себя. Такая свобода скорее феноменологическая, чем внешняя.

Идеальной полностью функционирующей личности не существует. Можно наблюдать, как некоторые люди движутся к этой цели в терапии, в лучших семейных и групповых взаимоотношениях, в переживании оптимального обучения.

Терапевтический процесс

Терапевтические отношения. Основное требование к психотерапевту — отказ от попыток играть какую-либо роль, быть самим собой. Главная профессиональная обязанность психотерапевта — создать соответствующий психологический климат, в котором пациент сам бы отказался от использования дезадаптивных защитных механизмов. Отношения психотерапевта с пациентом основаны не на интеллектуальных построениях, и, чтобы иметь терапевтический потенциал, они должны обладать рядом следующих основных характеристик.

Принятие. Психотерапевту следует принимать пациента как человека, таким, каков он есть, с его конфликтами и противоречиями, плохими и хорошими сторонами. Такая установка больше, чем просто нейтральное принятие, это позитивное отношение к пациенту как к самоценной личности. В отношении терапевта к пациенту не содер-

жится оценки, позитивной или негативной, его принимают безусловно, то есть без всяких условий такого принятия.

Конгруэнтность. Психотерапевт ведет себя последовательно, это личность интегрированная, целостная; отсутствуют противоречия между тем, каков психотерапевт, и его словами. Он осознает и принимает собственные чувства и установки и готов выразить их словами или поведением, когда наступит подходящий момент. Психотерапевт — реальная, истинная личность.

Эмпатическое восприятие пациента. Это восприятие субъективного мира пациента с присущими ему эмоциональными компонентами и значениями, как если бы психотерапевт сам был бы этим другим человеком. Такое понимание позволяет пациенту свободно и глубоко исследовать себя, составлять о себе всестороннее представление. Желание психотерапевта понять ощущается пациентом как понимание, что позволяет пациенту делать успехи.

Сообщение принятия, конгруэнтности и понимания. Необходимо, чтобы принятие, конгруэнтность и понимание были сообщены пациенту. Психотерапевт, обладающий этими установками или характеристиками, выразит их естественно и спонтанно различными способами, вербально и невербально. Способы выражения можно считать техниками в узком смысле слова. Такие техники не являются искусственными, насильственными или выученными, это истинное и спонтанное выражение установок психотерапевта.

Отношения, дающие результат. Если психотерапевт обладает описанными выше особенностями и установками хотя бы в минимальной степени и если их удается сообщить пациенту, развивающиеся отношения переживаются пациентом как безопасные, лишенные угрозы, поддерживающие, но не как подпорка. Психотерапевт воспринимается, как заслуживающий доверия и последовательный в своем поведении. Это отношения благоприятные для возникновения изменений.

Условия терапевтического процесса

Чтобы состоялась подлинная терапевтическая встреча, необходимы следующие условия:

1. Два человека находятся в контакте: пациент и психотерапевт.
2. Пациент пребывает в состоянии неконгруэнтности, ранимости и тревожности.
3. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях.
4. Психотерапевт испытывает безусловное позитивное отношение к пациенту.

5. Психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат пациента.

6. Пациент воспринимает, во всяком случае в минимальной степени, условия 4 и 5.

Собственно процесс терапии

Наличие вышеперечисленных условий приводит к процессу психотерапии со следующими характеристиками:

1. Пациент все более свободно начинает выражать свои чувства через вербальные и моторные каналы.

2. Выражаемые им чувства имеют отношение скорее к «Я» и все реже остаются безликими.

3. Пациент все лучше различает объекты своих чувств и восприятий, включающие среду, окружающих лиц, собственное «Я», переживания и взаимоотношения между ними.

4. Выражаемые пациентом чувства все чаще указывают на несоответствие между некоторыми его переживаниями и «Я»-концепцией.

5. Пациент приходит к осознанию угрозы такого несоответствия благодаря устойчивому безусловному позитивному отношению со стороны психотерапевта.

6. Пациент полностью осознает чувства, которые в прошлом искажались или не осознавались.

7. «Я»-концепция пациента реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить эти переживания, которые ранее искажались или не осознавались.

8. По мере продолжения реорганизации концепция «Я» включает такие переживания, которые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться, иными словами, ослабляются механизмы защиты.

9. Пациент все более способен к переживанию безусловного позитивного отношения со стороны психотерапевта без ощущения угрозы.

10. Пациент все полнее ощущает безусловное позитивное самоуважение.

11. Источником представления о себе в большей степени являются собственные ощущения.

12. Пациент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значимым окружением; чаще как удовлетворительное расцениваются те стимулы или поведенческие акты, которые сохраняют и усложняют организм и «Я» как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем.

Для такого психотерапевтического процесса характерно следующее:

а) основной акцент делается на эмоциональных аспектах, чувствах, а не на интеллектуальных суждениях, мыслях, оценках;

б) психотерапевтическая работа ведется по принципу «здесь и сейчас»;

в) преимущество отдается инициативе пациента, который является главным во взаимодействии и стремится к саморазвитию, а психотерапевт лишь направляет эти стремления в нужное русло; пациент сам определяет те изменения, которые ему необходимы, и сам их осуществляет.

Этапы психотерапевтического процесса

1. **Заблокированность внутренней коммуникации**. На данном этапе отмечается нежелание пациента выражать себя. Общение происходит только на внешние темы. Чувства и личностные смыслы не сознаются пациентом. Близкие, доброжелательные взаимоотношения воспринимаются как опасные; проблемы не признаются и не воспринимаются. Желание изменения отсутствует. На этом этапе добровольно за помощью не обращаются.

2. **Стадия самовыражения**. Если на первом этапе пациента можно привлечь, обеспечив оптимальные условия для фасилитации (облегчения) изменений, то на данной стадии начинается экспрессия в отношении тем, связанных с «не-Я». Вместе с тем, проблемы считаются внешними, пациент не берет за них личной ответственности. Чувства могут проявляться, однако они не признаются и не присваиваются. Переживания касаются прошлого. Практически отсутствует дифференциация личностных смыслов, и не признаются противоречия. Пациенты на этом этапе могут добровольно прийти для терапии, однако они часто завершают ее досрочно.

3. **Процесс самораскрытия**. На третьем этапе продолжается ослабление (с более свободным выражением себя) «Я-переживаний» как объектов, а также своего «Я» как отраженного объекта, существующего преимущественно в других. Выражаются прошлые чувства и личностные смыслы, обычно негативные, без их принятия. Дифференциация чувств не столь глобальна, признаются противоречия в переживаниях. Многие пациенты приступают к терапии на этом этапе.

4. **Развитие процесса самораскрытия**. Принятие, понимание и эмпатия на третьем этапе позволяют пациенту перейти на четвертый этап, где выражаются более интенсивные чувства, хотя и не текущие,

а также некоторые сиюминутные чувства и переживания, однако с некоторой сдержанностью, страхом или недоверием. В определенной степени проявляется принятие чувств. Обнаруживаются личностные конструкты. Дифференциация чувств усиливается, возникает интерес к противоречиям. Появляется чувство собственной ответственности за проблемы. Отношения с психотерапевтом начинают формироваться на основе чувств.

5. **Формирование отношения к своему феноменологическому миру**, то есть пациент преодолевает отчужденность от своего «Я» и, как следствие, возрастает потребность быть собой. Текущие чувства выражаются свободно, однако с удивлением и страхом. Они приближаются к полному переживанию, хотя страх, недоверие и недопонимание по-прежнему сохраняются. Чувства и смыслы дифференцируются с большей точностью. «Я»-чувства все больше присваиваются и принимаются. Принимается ответственность за проблемы. На этом этапе пациент довольно близок к своему организмическому существу, к потоку собственных чувств.

6. **Развитие конгруэнтности, самопринятия и ответственности, установление свободной внутренней коммуникации**. Переживаются ранее фиксированные чувства или же чувства переживаются непосредственно во всей своей полноте. Само переживание и сопровождающие его чувства принимаются без страха, отрицания или сопротивления. Переживание проживается, а не ощущается. Происходит четкая дифференциация переживаний. На этом этапе более не существует «проблем», внешних или внутренних, пациент субъективно переживает этап своей проблемы. Проблема перестает быть объектом. Появляются физиологические корреляты ослабления и расслабления, слезы, вздохи, мышечная релаксация. Этот этап чрезвычайно важен и, по-видимому, необратим.

7. **Личностные изменения**. На седьмом этапе пациент продолжает самостоятельное движение; данный этап может происходить вне терапевтической сессии и быть на ней обсужден. Пациент испытывает новые чувства в момент их возникновения, использует их для формирования представлений о себе, своих желаниях и установках. Меняющиеся чувства принимаются и присваиваются. Переживания спонтанны с явным процессуальным аспектом, «Я» все больше превращается просто в субъективное и рефлексивное осознавание переживаний. Этот этап, которого достигает сравнительно небольшое число пациентов, характеризуется открытостью переживаниям, что ведет к появлению качества движения, изменения. Внутренняя и внешняя коммуникация протекает свободно.

Приемы, используемые в клиент-центрированной терапии

Главное внимание в клиент-центрированной терапии уделяется не техникам, а философии и установкам психотерапевта, терапевтическим взаимоотношениям. Техники служат способами выражения принятия, уважения, понимания, способами сообщить пациенту, что психотерапевт пытается создать внутреннюю систему координат за счет совместного с пациентом мышления, чувствования и исследования. Существует ряд способов установления и поддержания терапевтических отношений. Техники не могут использоваться осознанно, поскольку это означало бы неискренность, неистинность психотерапевта.

В индивидуальной работе терапевт и пациент садятся напротив друг друга (часто под небольшим углом). Контакт с пациентом устанавливается в течение первых 5 мин. Если этого не происходит, то, как правило, пациент блокируется. Терапевт сопровождает пациента в его собственные переживания. Описываемая терапия — это терапия, центрированная на клиенте, а не на проблеме. Поэтому нет никакой необходимости тянуть (подталкивать) пациента в его проблему. Пациент сам волен выбирать предмет разговора. Побуждение к обсуждению сокровенной проблемы может осуществляться и направленными вопросами, и невербальными средствами (например, тональными понижениями голоса: «Я чувствую, что вам тяжело» (понижение тона)). При этом содержание реакции терапевта может быть индифферентным по отношению к проблеме пациента. Терапевту важно показать пациенту свою готовность работать с ним. Терапевт должен чувствовать, хочет ли пациент говорить о своей проблеме и как долго он способен это делать, и считаться с этим.

Терапевт сопровождает пациента не в проблему, а в глубину его внутреннего мира, опыта его переживаний, которые важны для пациента «здесь и сейчас». Некоторые пациенты не в состоянии сформулировать собственную проблему на психотерапевтическом сеансе. Формулирование проблемы или глубинных переживаний пациента за него, во-первых, направляет пациента, во-вторых, «втаскивает» его в проблему, не учитывает готовности пациента войти в проблему самостоятельно. Формулировки могут напугать пациента, заблокировать его движение в психотерапевтическом процессе. Но правило стараться не формулировать проблему или глубокие переживания пациента не является безусловным: если его нарушение не ликвидирует необходимые и достаточные условия качественного терапевтического контакта, то это допустимо.

Терапевту не следует спешить спрашивать пациента, просить его уточнить что-либо, если проблема остается непонятой. Основное —

быть в процессе вместе с пациентом. Поэтому вопросы психотерапевт задает не для себя, а для пациента. Эти вопросы помогают пациенту быть в процессе и, возможно, помогают ускорить и углубить его. Если пациент рассказывает то, что не совсем понятно, и при этом плачет, терапевт может отреагировать следующим образом: «Это настолько тяжело для вас, что вы плачете». Следует избегать построения версии проблемы пациента и вести пациента по этой версии. Любые диагнозы, версии, интерпретации нарушают процесс.

Первоначально К. Роджерс сделал акцент на рефлексивной технике — психотерапевт, как зеркало, отражает переживание пациента, что позволяет ему осознать свой внутренний опыт. Позже К. Роджерс писал, что такое понимание слишком интеллектуализированно и подразумевает, что только терапевт знает, какие чувства переживает пациент.

В последние годы практики в работе К. Роджерса возросла доля метафор и интуиции. Метафору можно использовать и как разовый терапевтический элемент, и как устойчивый образ, сопровождающий весь процесс терапии. Если метафора отвечает опыту пациента, она позволяет ему войти в символический пласт собственного сознания, уйти от предметной определенности мира, накладывающего существенные внешние ограничения на принятие решения самим пациентом. Метафора является прекрасным средством терапевтической регрессии в том смысле, что освобождает пациента от взрослой определенности мира. «Ты чувствуешь, что подошел к краю и должен перебраться на другой берег?» Здесь, конечно же, пациент не дает технических вариантов перехода на другой берег (как построить мост, как найти лодку и т. п.). Этот переход не подчиняется предметной определенности ситуации, и главное здесь — переживания пациента, делающие внутренне необходимым такой гигантский прыжок «на другой берег». Очевидно, что если на уровне первичных метафорических образов проблема решена, то это значительное продвижение клиента к росту.

Важной техникой служат эмпатические ответы терапевта. Эмпатический ответ — это вербализация терапевтом миро- и самоощущения пациента. Эмпатические ответы дают пациенту возможность почувствовать, что терапевт его понимает. Например: «Вы чувствуете, что весь мир против вас».

Возможна и другая техника — техника повторов. В этом случае психотерапевт просто пересказывает то, что сказал пациент. После такой реакции терапевта следует пауза. Если пациент, излагая свою жалобу терапевту, говорит много, то техника повторов не сработает — она выведет пациента из процесса.

Результаты для личности и поведения пациента

Выделяют следующие результаты клиент-центрированной психотерапии:

1. Пациент становится более конгруэнтным, более открытым к своим переживаниям, менее склонным к защите.
2. Соответственно, пациент склонен к большей реалистичности, объективности, экстенциональности в своем восприятии.
3. Пациент более эффективно решает стоящие перед ним задачи.
4. Улучшается, приближается к оптимуму его психологическая адаптация.
5. Снижается восприимчивость к угрозе.
6. Восприятие своего идеального «Я» становится реалистичным, более достижимым.
7. Реальное «Я» становится более конгруэнтным идеальному «Я».
8. В результате этого ослабляется напряжение всех типов — физиологическое, психологическое.
9. Возрастает степень позитивного самоуважения.
10. Пациент воспринимает место оценки и место выбора локализованными внутри самого себя, доверяет себе.
11. Соответственно, пациент точнее и реалистичнее воспринимает других.
12. Пациент более склонен принимать других вследствие снижения потребности в искажении их восприятия.
13. Окружающие воспринимают поведение пациента как более социальное, более зрелое:
    а) возрастает доля поступков, которые могут быть «присвоены» как принадлежащие «Я»;
    б) удельный вес поведения, ощущаемого как «не мое», снижается;
    в) в результате поведение воспринимается как находящееся под собственным контролем.
14. Как следствие, поведение становится более креативным, исключительно адаптивным, более полно выражающим собственные цели и ценности.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Сессии обычно назначаются раз в неделю, хотя они могут быть более или менее частыми. Продолжительность терапии определяет пациент. Ближе к концу терапии сессии могут проводиться реже, раз в две недели, например. Клиент-центрированная терапия иногда подвергается критике за свою длительность, за предо-

ставление клиенту права принимать решение о завершении. Однако это не значит, что клиент-центрированная терапия не имеет конца; в действительности это сравнительно краткосрочное лечение.

Область применения. Принято считать, что клиент-центрированная терапия подходит только пациентам, имеющим уровень интеллекта выше среднего, или людям с относительно простыми проблемами. Вместе с тем, метод хорошо зарекомендовал себя при работе с разными пациентами, имеющими широкий спектр проблем, включая пациентов психиатрических больниц.

Труа и Митчелл (Truax C. B., Mitchell K. M., 1971) сделали следующий вывод по результатам исследования, посвященного навыкам межличностного общения у психотерапевта: психотерапевты с установкой на точную эмпатию и теплоту без собственнических чувств работают более эффективно. Эти выводы касаются множества психотерапевтов, независимо от их подготовки или теоретической ориентации, а также широкого круга пациентов, включая не имеющих высшего образования, малолетних преступников, госпитализированных пациентов с шизофренией, невротических личностей, страдающих умеренными или тяжелыми формами патологии, а также разного рода госпитализированных пациентов. Факты также свидетельствуют, что эти наблюдения затрагивают разные терапевтические контексты как при индивидуальной, так и при групповой психотерапии или консультировании.

Экзистенциальная психотерапия И. Ялома

Философия и концепции. Ключевое понятие «экзистенции» (от лат. — *exist* — «быть», «существовать») предполагает первичность признания личностного «явления миру», «присутствия для мира», «выступания из мира». Это подлинное существование в отдельный момент, взятый в его целостности и ценности. Субъектом экзистенциальной психотерапии является личность, которая утратила способность полноценно существовать и развиваться.

В основе экзистенциального подхода лежит экзистенциальная философия. Наиболее выдающимися экзистенциальными философами были С. Кьеркегор, Ф. Ницше, М. Хайдеггер и Ж.-П. Сартр.

Экзистенциализм С. Кьеркегора не выходит за рамки христианства. Он полагал, что страх, тревога и отчаяние — «болезни, ведущие к смерти» — свойственны людям, отдалившимся от своей природной сущности.

Ф. Ницше был атеистически настроенным экзистенциалистом, в его работах представлена нигилистическая картина мира, в которой «Бог мертв», на фоне этой картины люди самоутверждаются.

М. Хайдеггер в работе «Бытие и время» концентрирует свое внимание на поисках бытия, анализирует концепцию «бытия здесь», или существования.

Ж.-П. Сартр, будучи марксистом, разделял идеи Ницше относительно безбожного мира. Он подчеркивал, что, сопротивляясь отчаянию и небытию, люди постоянно испытывают потребности делать выбор, который формирует сущность их существований. Пока люди живы, они не имеют никакой возможности уклониться от потребности в самоопределении.

Ирвин Ялом (Irvin D. Yalom) — американский психолог и психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор психиатрии Стентфордского университета. Родился (1931) в Вашингтоне в семье выходцев из России. И. Ялом является ярым противником деиндивидуализируемого бюрократического, формального подхода в психотерапии. Он особенно резко выступает против (как он сам ее называет) «краткосрочной диагноз-ориентированной терапии», которая, по его мнению, управляется экономическими силами, основывается на узких, формальных диагнозах, односторонняя, управляемая протоколом «терапия для всех», без учета индивидуальности. И. Ялом полагает, что, прежде всего, для каждого пациента должна изобретаться новая психотерапия, потому что у каждого есть уникальная история. Основой этой «новой» терапии служит терапия, построенная на межличностных взаимоотношениях «здесь и сейчас» пациента и психотерапевта, на взаимных откровениях.

Основные труды И. Ялома: «Мамочка и смысл жизни», «Лжец на кушетке», «Дар психотерапии», «Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти», «Экзистенциальная психотерапия».

Основные положения экзистенциальной психотерапии

Экзистенциальная психотерапия используется для оказания пациентам помощи в их противостоянии основным проблемам существования, связанным с тревогой, отчаянием, смертью, одиночеством, отчуждением и бессмысленностью. Все перечисленные проблемы могут стать источником «экзистенциальной боли». Данный подход также может быть использован для решения проблем, связанных со свободой, ответственностью, любовью и творческим потенциалом. И. Ялом предлагает следующее определение экзистенциальной психотерапии: «Экзистенциальная психотерапия — это динамический подход к терапии, который сосредоточивается на беспокойствах, коренящихся в существовании индивидуума».

Главная цель экзистенциальных терапевтов — добиться того, чтобы пациенты переживали свое существование как реальное. В пределах контекста аутентичных отношений экзистенциальные психотерапевты помогают пациентам противостоять их внутренним конфликтам, связанным со смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью, и мириться с наличием этих конфликтов. Терапевты концентрируют свое внимание на ситуациях, сложившихся у пациентов к настоящему времени, и на охватывающих пациентов страхах.

И. Ялом отмечает, что слово «бытие» представляет собой отглагольную форму, бытие подразумевает, что кто-то находится в процессе превращения во что-то. А также утверждает, что, когда слово «бытие» используется как существительное, оно означает потенцию, источник потенциала. Можно провести такую аналогию: желудь имеет потенциал стать дубом. Однако эта аналогия является не очень подходящей, когда дело касается людей, так как у людей есть самосознание. Люди могут выбирать собственное бытие. Выбор, который они делают, имеет большое значение в каждый момент их жизни.

Противоположностью бытия является небытие, или ничто. Существование подразумевает возможность несуществования. Смерть — наиболее очевидная форма. К небытию также ведет снижение жизненного потенциала, обусловленное тревогой и конформизмом, а также недостатком четкого самосознания. Кроме того, бытию могут угрожать разрушительная враждебность и физическая болезнь. Однако встречаются люди с сильно развитым чувством бытия, которые способны противостоять небытию. Такие люди более глубоко осознают не только самих себя, но и других людей, а также окружающий мир.

В экзистенциальной психотерапии различают три вида бытия, которые характеризуют существование людей как пребывающих в мире:

1. «Внешний мир», который представляет собой естественный мир, законы природы и окружающую среду, животных и людей. Он включает в себя биологические потребности, стремления, инстинкты, а также ежедневные и жизненные циклы каждого организма. Естественный мир воспринимается как реальный.

2. «Совместный мир» — это социальный мир общения людей с подобными им людьми отдельно и в группах. Значимость взаимоотношений с другим человеком зависит от отношения к нему. Точно так же от степени вовлечения людей в жизнь группы зависит то, какое значение имеют для них эти группы.

3. «Внутренний мир» уникален у каждого человека и обусловливает развитие самосознания и самоосознания, он также лежит в основе постижения смысла вещи или человека. Индивидуумы должны иметь

собственное отношение к вещам и людям. Например, выражение: «Этот цветок красив» означает: «Для меня этот цветок красив».

Все эти три вида бытия взаимосвязаны.

Понятие невротической и нормальной тревоги

Быть человеком значит быть тревожным. Тревога неизбежно присутствует в человеческой жизни. И. Ялом проводит различие между нормальной и невротической тревогой.

Одним из источников нормальной тревоги является человеческая экзистенциальная уязвимость по отношению к природе, болезни и смерти. Другой источник нормальной тревоги — это потребность постепенно становиться независимым от родителей, с развитием напряженных отношений и кризисов. Однако люди могут использовать такие угрозы с пользой для себя, как обучающий опыт, и продолжать развиваться. Нормальная тревога характеризуется следующими тремя чертами:

1. Выраженность нормальной тревоги соответствует серьезности объективной угрозы, имеющей место в сложившейся ситуации.
2. Нормальная тревога не приводит к давлению.
3. Ее можно использовать творчески — идентифицировать факторы, обусловившие ее возникновение, и постараться противостоять этим факторам.

Характеристики невротической тревоги в корне отличаются от характеристик нормальной тревоги. Невротическая тревога — это неадекватная реакция на объективную угрозу; такая тревога подразумевает подавление и является скорее разрушительной, чем конструктивной. Невротическую тревогу можно рассматривать и с другой точки зрения: люди субъективно реагируют на объективные угрозы, при этом сильное влияние на реакцию людей оказывают их внутренние психологические модели и конфликты. Подавление и блокирование осознания, связанные с невротической тревогой, делают людей более уязвимыми по отношению к угрозам. Это объясняется тем, что люди сворачивают доступ к важной информации, с помощью которой можно идентифицировать угрозы и справляться с ними.

Нормальная, невротическая и экзистенциальная вина

Так же как и тревога, вина является частью человеческого существования. Можно провести различие между нормальной и невротической виной. В основе невротической вины лежат воображаемые

проступки, направленные якобы против других людей, родительских приказаний и принятых социальных правил. Нормальная вина — это призыв к совести, она побуждает людей придавать большее значение этическим аспектам своего поведения.

Экзистенциальная (онтологическая) вина универсальна и коренится в самосознании, она «истекает из того факта, что человек может рассматривать себя, как индивида, который в состоянии или не в состоянии делать выбор» (И. Ялом). Таким образом, понятие «экзистенциальная вина» тесно связано с понятием личной ответственности. Однако при правильном подходе экзистенциальная вина может принести индивиду пользу. Она может способствовать развитию у человека способности мириться с окружающим миром и сопереживать другим людям, а также развитию творческого потенциала.

Предельные экзистенциальные беспокойства

И. Ялом выделил четыре предельных экзистенциальных беспокойства, они связаны со смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью. Этим беспокойствам в экзистенциональной психотерапии придается большое значение.

Смерть является наиболее очевидной, наиболее легко осознаваемой конечной данностью. Смерть придет, и от нее никуда не деться. Это ужасающая правда, которая наполняет нас «смертельным» страхом. Смерть — основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Тревога, связанная со смертью, опасение перестать существовать могут быть как сознательными, так и подсознательными. С самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Сильную тревогу, связанную со смертью, вероятно, можно подавить, для этого люди воздвигают базирующуюся на отрицании смерти защиту (защиты будут описаны далее). В значительной степени развитие психической патологии обусловлено совершением неудачных попыток выйти за рамки смерти. Первый экзистенциальный конфликт — это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить: конфликт между боязнью несуществования и желанием быть.

Свобода. Обычно свобода представляется однозначно позитивным явлением. Однако свобода как первичный принцип порождает ужас. В экзистенциальном смысле «свобода» — это отсутствие внешней структуры. Повседневная жизнь питает утешительную иллюзию, что мы приходим в хорошо организованную Вселенную, устроенную по определенному плану (и такую же покидаем). На самом же деле инди-

вид несет полную ответственность за свой мир — иначе говоря, сам является его творцом. С этой точки зрения «свобода» подразумевает ужасающий факт: мы не опираемся ни на какую почву, под нами — ничто, пустота, бездна. Открытие этой пустоты вступает в конфликт с нашей потребностью в почве и структуре. Люди «обречены на свободу».

Экзистенциальная изоляция. Сколь бы ни были мы близки к кому-то, между нами всегда остается последняя непреодолимая пропасть: каждый из нас в одиночестве приходит в мир и в одиночестве должен его покинуть. Порождаемый экзистенциальный конфликт является конфликтом между сознаваемой абсолютной изоляцией и потребностью в контакте, в защите, в принадлежности к большему целому.

Если характеризующиеся преданностью и аутентичностью отношения психотерапевт — пациент помогают пациентам в противостоянии экзистенциальной изоляции и в примирении с ней, можно с уверенностью сделать вывод, что пациенты испытывали недостаток в таких отношениях в своем прошлом.

Бессмысленность — четвертая конечная данность существования. Мы должны умереть; мы сами структурируем свою вселенную; каждый из нас фундаментально одинок в равнодушном мире. Какой же тогда смысл в нашем существовании? Почему мы живем? Как нам жить? Если ничто изначально не предначертано, значит, каждый из нас должен сам творить свой жизненный замысел. Но может ли это собственное творение быть достаточно прочным, чтобы выдержать нашу жизнь? Этот экзистенциальный динамический конфликт порожден дилеммой, стоящей перед ищущей смысла тварью, брошенной в бессмысленный мир. Люди требуют последовательности, цели значения (смысла). Они организуют случайные стимулы в образ и основание. Нейропсихологическая организация людей такова, что они склонны искать модели и смыслы.

Виды защиты от тревоги, связанной со смертью. Хотя специфические варианты защиты от каждого из основных беспокойств обычно рассматриваются отдельно, они могут частично совпадать. И у детей, и у взрослых И. Ялом выделил два главных механизма защиты от тревоги, связанной со смертью:

1. Вера в собственную исключительность. В то время как на сознательном уровне большинство людей принимают неизбежность конечности своей жизни, глубоко в душе они могут лелеять иррациональную веру в собственное бессмертие и неприкосновенность.

2. Вера в спасителя, который придет на помощь в последний момент. В основе этого механизма лежит вера индивидуума в то, что хотя с ним может случиться что-то плохое, он не одинок, и некий вездесущий служитель добрых сил в трудный момент придет на помощь

и спасет его. Люди, использующие данный механизм защиты, могут ограничивать свою жизнь, обслуживая определенного «доминирующего другого».

Виды защиты от тревоги, связанной со свободой. Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь. Осознание ответственности влечет за собой развитие состояния, в котором человек «осознает, что создал самого себя, свою судьбу, затруднительное положение, чувства и, если таковое имеет место, собственное страдание». Компульсивность является одним из видов защиты от осознания ответственности. Другие виды защиты от тревоги, связанной со свободой, включают в себя перенос ответственности на других людей, в том числе на терапевта; отрицание ответственности посредством изображения себя невинной жертвой или посредством утраты контроля; уклонение от автономного поведения; патологические изъявление желаний, проявление воли и принятие решений.

Виды защиты от тревоги, связанной с изоляцией. Защищаясь от тревоги, связанной с изоляцией, люди используют окружающих для защиты себя. Одним из видов защиты людей от одиночества является попытка утвердить себя в глазах других. Такие люди существуют настолько, насколько они являются частью сознания других и получают их одобрение. Часто под видом любви они скрывают свою неспособность любить. Слияние с другим индивидуумом или группой — другой вид защиты от тревоги, связанной с изоляцией. Вместо того чтобы противостоять своей изоляции или мириться с нею, люди чувствуют и думают, что они не одни, потому что они — часть других. Кроме того, видом защиты от тревоги, связанной с изоляцией, является компульсивная сексуальность. Сексуально компульсивные люди обращаются со своими партнерами скорее как с объектами, чем как с людьми. Им не требуется время, для того чтобы близко сойтись с кем-либо.

Виды защиты от тревоги, связанной с бессмысленностью. Люди справляются с тревогой, связанной с бессмысленностью, с помощью различных способов. Компульсивная деятельность — это один из способов избежать столкновения с бессмысленностью. Индивидуумы с маниакальным упорством прибегают к какой-либо деятельности, это их реакция на глубокое чувство бесцельности. Рано или поздно многие индивидуумы, которые с маниакальным упорством добивались денег, удовольствия, власти, признания, статуса, начинают сомневаться в ценности приобретенного. Участие в различных кампаниях также является видом компульсивной деятельности — люди разыскивают проблемы, которые они могут обратить в поглощающие время и энергию крестовые походы. Нигилизм — другой вид защиты

от тревоги, связанной с бессмысленностью. Люди, проповедующие нигилизм, избегают встречаться лицом к лицу с бессмысленностью, относясь с пренебрежением ко всем источникам смысла.

Психотерапевтические взаимоотношения

Качеству отношений психотерапевт — пациент в экзистенциальной психотерапии уделяется большое внимание. Основной акцент делается на взгляде на пациента как на индивидуума, а не как на объект, для которого характерно определенное поведение. Главная цель экзистенциальной психотерапии — помочь пациенту научиться переживать свое существование как реальное в настоящий момент времени.

Терапевт не навязывает пациенту собственные мысли и чувства. Кроме того, экзистенциальный психотерапевт сознает, что пациент может прибегать к различным способам провоцирующего подключения терапевта, которое позволяет ему не обращаться к собственным проблемам.

Стиль психотерапевтического взаимодействия отличается абсолютной недирективностью. Некоторые терапевты считают недопустимым даже использование слов, которые не произносил пациент, так как это может искажать подлинное его раскрытие.

Терапевт никогда не спрашивает «почему?», классическим вопросом является «как вы это чувствуете?». Наиболее драгоценными являются переживания пациента, причем, в отличие от психоанализа, терапевт бережно фокусирует пациента не на периоде детства, а значимом повседневном опыте настоящего. При этом фактическая сторона событий не имеет здесь самодовлеющего значения. Иногда пациент может услышать от специалиста: «Меня не очень интересуют ваши проблемы, потому что вы больше своих проблем». Пауза между словами может иметь большее значение, чем длительный страстный монолог. Отправной точкой и окончанием терапевтического процесса является поиск Смысла, который может проявиться в каждом жесте, взгляде, молчании.

Самораскрытие терапевта — вопрос, имеющий большое значение в экзистенциальной психотерапии. Терапевт может раскрывать себя двумя способами:

1. Рассказывать пациенту о собственных попытках примирения с предельными экзистенциальными беспокойствами сохранения лучших человеческих качеств.

2. Использовать мысли и чувства, касающиеся того, что происходит «здесь и теперь» (в процессе психотерапевтического процесса),

с целью улучшения отношений терапевт — пациент. Это может быть сделано посредством проявления интереса к самораскрытию пациента в данной области, а также посредством поощрения его самораскрытия.

Терапевт пытается помочь пациенту идентифицировать неадекватные механизмы защиты и осознать отрицательные последствия их действия; помочь пациенту не только найти другие способы совладания с первичной, или экзистенциальной, тревогой, но и ослабить вторичную тревогу, исправляя ограничительное отношение пациента к самому себе и к другим. Терапевт может использовать разнообразные воздействия, входящие в репертуар других видов психотерапии, если эти воздействия совместимы с основной экзистенциальной структурой.

Но существует и несколько техник, использующихся преимущественно в этом психотерапевтическом подходе. Например, в рамках индивидуальных встреч иногда применяется методика «ведомого мечтания». Она состоит в том, что пациент, расслабившись на кушетке, поощряется терапевтом к тому, чтобы помечтать, вообразив себя в путешествии или другой ситуации, открывающей возможность пережить значимый опыт. Пациент живо и образно представляет, рассказывая терапевту, с чем он может встретиться, что ощутить, как действовать, какой смысл он приобретет в результате встречи и как в результате этого он сможет изменить свою жизнь, став более мудрым, ответственным, открытым и свободным.

Для групповой работы в русле экзистенциального подхода разработано упражнение «Один шаг во времени». Фасилитатор группы просит участников встать в любом месте комнаты и говорит о том, что люди, как в счастье, так и в горе, всегда могут воспользоваться выбором. Наслаждение выбором является признаком личностной зрелости. Он предлагает участникам насладиться этой возможностью в процессе упражнения. Во время упражнения участники сохраняют молчание, пытаются применить к себе то, что говорит фасилитатор и при его слове «шаг» делают любой шаг в любую сторону или остаются на месте. Все упражнение построено как последовательность шагов, во время которых участники прислушиваются к себе. Слова ведущего могут звучать так: «Шаг... Вы сделали выбор, этот шаг полностью ваш, осознайте это... Шаг... Вы еще не встретились с последствиями, но какими бы они ни были, они ваши... Шаг... Важно знать, что если мы не будем выбирать, другие будут решать за нас, хотим ли мы этого?.. Шаг... Сделав 4 шага, уже можно оглянуться назад, можно проследить закономерность, пассивны ли мы, или двигаемся целенаправленно... Шаг... Осознайте факторы, которые могут мешать выбору, может быть это нерешительность или боязнь показаться смешным... Шаг...».

Определение механизмов защиты и методы работы с предельными экзистенциальными беспокойствами

Работа с тревогой, связанной со смертью. Как говорилось выше, выделяется два главных механизма защиты от тревоги, связанной со смертью, — это вера в свою особенность и вера в существование спасителя. Экзистенциальный терапевт сотрудничает с пациентом, чтобы идентифицировать такие неадекватные механизмы защиты и их отрицательные последствия.

Побуждение пациента рассказывать о своих сновидениях. В сновидениях и кошмарах могут проявляться подсознательные темы в неподавленном и в неотредактированном виде. Обсуждение и анализ сновидений должны проводиться с учетом экзистенциальных конфликтов, имеющих место у пациента на данный момент.

Работа с напоминаниями о недолговечности существования. Терапевт может помочь пациенту идентифицировать тревогу, связанную со смертью, справляться с ней посредством «настройки» пациента на знаки смертности, которые являются частью нормальной жизни. Смерть близких может быть мощным напоминанием о личной смертности. Смерть родителей означает, что наше поколение умрет следующим. Смерть детей может вызвать ощущение бессилия в связи с осознанием космического безразличия. Кроме того, столкнуть пациента лицом к лицу с бренностью существования может серьезная болезнь. В переходные периоды пациент вспоминает о своей смертности: переход от юности к взрослой жизни, установление постоянных отношений и связанное с ними взятие на себя соответствующих обязательств, уход из дома детей, супружеское разобщение, развод. В среднем возрасте многие пациенты более глубоко осознают смерть, понимая, что они не взрослеют, а стареют. Часто дни рождения и различные годовщины порождают экзистенциальную боль наряду с радостью или вместо нее.

Использование вспомогательных средств для углубления осознания смерти. Некоторые терапевты пользуются искусственными вспомогательными средствами для углубления осознания пациентами смерти. Для этого можно попросить пациента написать собственный некролог или заполнить анкету с вопросами, которые касаются тревоги, связанной со смертью. Кроме того, терапевт может предложить пациенту пофантазировать на тему своей смерти, воображая «где», «когда» и «как» они ее встретят, и как пройдут их похороны. И. Ялом описывает два способа заставить пациента взаимодействовать со смертью: наблюдение за неизлечимо больными людьми и включение неизлечимого онкологического больного в группу пациентов.

Уменьшение сенситивности пациентов к смерти. Терапевт может помочь пациенту справляться с ужасом смерти, многократно вынуждая его испытывать этот страх в уменьшенных дозах. И. Ялом отмечает, что, работая с группами, состоящими из онкологических больных, он часто видел, что страх смерти у этих больных постепенно уменьшается благодаря получению новой подробной информации.

Понимание тревог, связанных со смертью. Следует проводить различие между истинной беспомощностью, являющейся результатом осознания фундаментального (экзистенциального) факта смерти, и вторичным ощущением беспомощности. Пациента можно поощрять восстанавливать ощущение более строгого контроля над теми аспектами своей жизни, на которые он может влиять. В подсознании взрослого человека живет детский наивный иррациональный ужас смерти. Такой ужас можно выявить и реалистично оценить.

Работа с тревогой, связанной со свободой. При наличии у пациента предельного беспокойства, связанного со свободой, терапевт сосредоточивается на повышении осознания пациента его ответственности за свою жизнь и на оказании пациенту помощи во взятии на себя этой ответственности.

Определение видов защиты и способов уклонения от ответственности. Терапевт может оказывать пациенту помощь в понимании функций определенных видов его поведения, например компульсивности, уклонения от ответственности за выбор. Кроме того, терапевт может совместно с пациентом анализировать его ответственность за собственные несчастья. Общая установка терапевта следующая: когда пациент жалуется на то, что у него сложились неблагоприятные ситуации, терапевт спрашивает пациента, как он создавал данные ситуации. Кроме того, терапевт может фокусировать внимание на том, как пациент использует «язык уклонения от ответственности».

Идентификация уклонения от ответственности «здесь и сейчас». Уклонение пациента от ответственности может проявляться в отношениях терапевт — пациент. Терапевту необходимо осознавать собственные чувства относительно пациента, чтобы определять, как можно выявлять подобные реакции у других. Терапевт может также ставить пациента лицом к лицу с его попытками «здесь и сейчас» перенести ответственность за то, что случается или в ходе терапии или вне ее рамок, на терапевта. В таких случаях терапевту может понадобиться преодолеть сопротивление пациента, которое он выражает, например, такими словами: «Если бы я знал, что делать, мне не нужно было бы обращаться к вам».

Столкновение с реалистическими ограничениями. У всех людей периодически складываются реальные неблагоприятные ситуации, которые необходимо разрешать. Терапевт может помочь пациенту по-

менять его точку зрения или по-другому интерпретировать внешние обстоятельства, которые он не в силах изменить. Кроме того, терапевт может помочь пациенту в определении тех областей в его жизни, на которые он может влиять.

Освобождение способности желать. Желание предшествует изъявлению воли. Однако чтобы пациент мог желать, он должен находиться в контакте со своими чувствами. Работа с пациентом, блокированным аффектами, должна вестись без спешки, при этом необходимы многочисленные повторения. Следует избегать драматических глобальных прорывов, поскольку их воздействие, как правило, является кратковременным. Вместо этого, в пределах контекста аутентичных отношений, экзистенциальный терапевт должен исследовать источник и природу блоков пациента и лежащие в основе этих блоков чувства, которые пациент старается выразить. Кроме того, терапевту следует неоднократно задавать заблокированному аффектами пациенту вопросы типа: «Что вы чувствуете?» и «Что вы хотите?»

Экзистенциальный терапевт побуждает пациента осознавать, что каждому действию предшествует решение. Принимать решения трудно, потому что при этом исключаются альтернативы. Решения — это своего рода пограничные ситуации, в которых люди создают себя, несмотря на свойственную им фундаментальную беспочвенность. Многие пациенты парализуют свою способность принимать решения посредством вопросов, начинающихся со слов «что, если ...?». Терапевт может помочь пациенту исследовать разветвления каждого вопроса «что, если...» и анализировать чувства, которые индуцируются этими вопросами. Терапевт может побуждать пациента активно принимать решения таким образом, что принятие решений будет способствовать принятию пациентом собственной силы и ресурсов.

Экзистенциальный терапевт старается облегчать проявление пациентом своей воли. Одобрение терапевта позволяет пациенту учиться доверять своей воле и обретать уверенность в том, что он имеет право действовать. Например, терапевт может предложить пациенту с подавленной волей: «Только я могу изменять мир, который я создал», «В переменах нет никакой опасности». Принятие решений, связанных с изменениями, может потребовать значительного периода времени.

Работа с тревогой, связанной с изоляцией. Экзистенциальный терапевт использует ряд способов, для того чтобы помочь пациенту противостоять предельным беспокойствам, связанным с изоляцией, а также помочь ему лучше справляться с этими беспокойствами.

Столкновение пациента с экзистенциальной изоляцией. Терапевт может помочь пациенту понять, что, в конечном счете, каждый человек одинок. Пациент учится определять, что он может и что не может получить от отношений. Терапевт может предложить пациенту поэкспе-

риментировать — на некоторое время отрезать себя от окружающего мира и побыть в изоляции. После проведения этого эксперимента пациент может глубже осознать как ужас одиночества, так и масштабы своих скрытых ресурсов и степень своего мужества.

Пациенту можно помочь **идентифицировать виды защиты**, которыми он пользуется, чтобы справляться с противоречием между потребностью в принадлежности и фактом экзистенциальной изоляции. Когда человек начинает отдавать себе отчет в том, что существование в глазах других, слияние с другими и компульсивная сексуальность являются механизмами защиты, он получает возможность что-то с ними делать.

Экзистенциальный терапевт стремится развивать реальные отношения с пациентом. Хотя отношения терапевт — пациент являются временными, опыт интимности может быть постоянен. Отношения терапевт — пациент могут способствовать самоутверждению пациента, так как для пациента чрезвычайно важно, что кто-то, кого он уважает и кто действительно знает все его сильные и слабые стороны, принимает его. Терапевт, которому удалось установить глубокие отношения со своим пациентом, может помочь ему «противостоять» экзистенциальной изоляции.

Терапевт также помогает пациенту понять, что только он сам ответственен за свою жизнь.

Работа с тревогой, связанной с бессмысленностью

Переопределение проблемы. Когда пациент жалуется на то, что «жизнь не имеет никакого смысла», он, похоже, допускает, что жизнь имеет смысл, который он не может найти. Согласно экзистенциальной позиции, люди скорее придают смысл, чем получают его. Экзистенциальный терапевт повышает осознание пациентом того, что в жизни нет никакого присущего ей смысла, но люди ответственны за создание собственного смысла.

Определение видов защиты от тревоги бессмысленности. В какой мере стремление людей к получению денег, удовольствия, власти, признания, статуса коренится в их неспособности противостоять экзистенциальной проблеме, связанной с бессмысленностью? Терапевт может помочь пациенту осознать последствия и цену его защиты. Защита от бессмысленности может быть одной из причин того, что пациент относится к жизни несерьезно, создавая тем самым проблемы, от решения которых он сознательно или подсознательно уклоняется.

Оказание пациенту содействия в его более активном участии в жизни. Терапевт должен исходить из того, что желание участвовать в жизни

всегда присутствует у пациента. Терапевт может исследовать широкий диапазон надежд и целей пациента, его системы убеждений, оценить его способность любить и его попытки творчески выражать себя. Кроме того, терапевт может идентифицировать и попробовать удалить блоки, препятствующие участию пациента в процессе терапии. Пациент может находить недостаточно смысла в своих отношениях, работе, досуге, творческих поисках и религиозных стремлениях. В каждой из этих сфер можно выявить препятствия, которые затем следует постараться удалить.

Область применения. Пациентами экзистенциальных терапевтов могут быть практически все страдающие люди, а не только, как это принято считать, пациенты в состоянии так называемого экзистенциального кризиса, связанного с поиском смысла жизни, а также люди с экзистенциальной болью, после очень серьезных психических травм. Более того, поскольку экзистенциальная психотерапия — это терапия, способствующая более полному и более свободному проживанию жизни, мало кому она может быть не показана.

Логотерапия Виктора Франкла

Виктор Франкл родился (1905) и получил образование в Вене, степени доктора медицины (1930) и доктора философии (1949) были присвоены ему в Университете Вены. В 1928 г. он основал в Вене Молодежные дискуссионные центры, которые возглавлял вплоть до 1938 г. В период с 1936 по 1942 г. работал в области неврологии и психиатрии, затем возглавил неврологическое отделение Ротшильдской больницы. В 1938 г. он впервые употребил термины «экзистенциальный анализ» и «логотерапия» в своих сочинениях. Чтобы избежать путаницы с экзистенциальным анализом Бинсвангера, В. Франкл остановился на термине «логотерапия» (от греч. «*logos*» — «слово» и «*therapeia*» — «забота», «уход», «лечение»). В 1947 г. стал во главе Венской неврологической поликлинической больницы, в 1947 г. был выбран доцентом неврологии и психиатрии Венского университета, а с 1955 г. стал профессором. В. Франкл был приглашенным профессором Гарвардского университета, Южного методистского университета, Стэнфордского университета, университета Дюкень и Чикагского психиатрического фонда. С 1942 по 1945 г. находился в германских концлагерях, в том числе в Освенциме и Дахау. Его отец, мать, брат и жена погибли в лагерях.

В. Франкл написал ряд книг на немецком языке, многие из которых были переведены на польский, японский, голландский, испанский, португальский, итальянский, шведский и английский языки.

Он не раз выступал с лекциями в Южной Америке, Индии, Австралии, Японии, США и Европе. Основные труды: «От лагеря смерти к экзистенциализму» (1946); «Поиск человеком смысла» (1963); «Психотерапия и экзистенциализм (1967, 1985); «Воля к смыслу» (1981); «Бессознательный бог» (1985); «Неслышная мольба о смысле: психотерапия и гуманизм» (1985).

Философия и концепции

В. Франкл обнаружил, что человек способен сохранить остатки духовной свободы, независимости ума даже в таких ужасных условиях психического и физического стресса, в каких находились заключенные концентрационных лагерей. Он также установил, что тип человека, которым становился заключенный, определялся внутренним решением, а вовсе не был результатом внешних условий. По сути дела, каждый человек способен даже в таких обстоятельствах принять решение о своем выборе — психическом и духовном. Это и есть духовная свобода, которую никто не может отнять. Необычайно неблагоприятные внешние обстоятельства также могут предоставить человеку возможность духовного роста. Для этого человек должен обладать верой в будущее. Без такой веры он сдается и утрачивает желание жить. В отсутствие цели, смысла жизни у человека исчезает стремление выжить.

Таким образом, согласно взглядам В. Франкла, стремление человека к поиску и реализации смысла жизни является врожденной мотивационной тенденцией, присущей всем людям, и основным двигателем поведения и развития личности. В. Франкл считал «стремление к смыслу» противоположным «стремлению к удовольствиям»: «Человеку требуется не состояние равновесия, покоя, а борьба за какую-либо цель, достойную его».

Человек является творцом, всю жизнь созидающим свою духовность. Человеческие поступки В. Франкл делит на три типа:

1) способствующие созиданию духовной личности;
2) разрушающие духовность;
3) безразличные по отношению к духовности.

Человек несет ответственность за свои поступки. Уход от ответственности также является поступком, за который человек расплачивается. Человек всегда свободен в выборе своих поступков, в принятии решения, но только в случае выбора созидающего поступка реализуется смысл жизни. Созидающие поступки направлены на поиск ценностей творчества, переживаний и отношений, причем для каждого человека данные ценности уникальны.

Природа человека

Человек представляет собой единое целое с тремя аспектами или измерениями: соматическим (физическим), психическим (психологическим) и духовным. Первые два близко взаимосвязаны и вместе составляют «психосоматику». Они включают наследственные и конституциональные факторы, такие как врожденные влечения. Логотерапия делает акцент на третьем, духовном, измерении. Духовность является первой из трех характеристик человеческого существования, которые отличают людей от животных. Именно из духовности происходят совесть, любовь и эстетическое сознание.

Второй особенностью человеческого существования является Свобода от инстинктов, наследственной предрасположенности и окружения. Хотя люди подвержены влиянию каждого из этих аспектов, они все же имеют свободу принимать или отвергать эти условия.

Третий фактор в существовании человека — Свобода не только «от», но также свобода «для» чего-либо, что, согласно В. Франклу, «представляет собой обязанности индивида. Человек ответственен перед собой, своей совестью или Богом». Логотерапия пытается заставить человека полностью осознать собственную ответственность; следовательно, ему должно быть предоставлено право выбора: за что, перед кем или перед чем нести ответственность».

Хотя каждый человек уникален, сам по себе он не имеет значения. В. Франкл считает, что значимость каждой индивидуальности, смысл человеческой личности всегда связаны с сообществом. В сообществе каждый индивид незаменим благодаря своей уникальности. В этом и состоит различие между сообществом и «массой», состоящей из одинаковых единиц.

Мотивация

Поддержание гомеостаза, снижение напряжения или психоаналитический принцип удовольствия (по мнению В. Франкла) не могут адекватно объяснить человеческое поведение. Влечение к статусу, о котором идет речь в индивидуальной психологии Адлера, также не является удовлетворительным объяснением. Все это, согласно В. Франклу, является скорее следствием, чем интенциями. Фактически, лишь когда первичная объектная ориентация ослаблена, возникает интерес к себе.

Первичная мотивация человека — это не жажда удовольствия или власти, это воля к смыслу. Именно это вдохновляет человека, иначе

говоря, «это наиболее человеческое из всех явлений, поскольку животное, естественно, никогда не печется о смысле своего существования» (Франкл В., 1986).

Люди могут придать смысл своей жизни, осознав то, что В. Франкл называет креативными ценностями, решая задачи. Они также могут придать своей жизни смысл, осознав эмпирические ценности, переживая Бога, Истину, Прекрасное или познав единственного человека во всей его уникальности.

Даже когда эти переживания невозможны, человек все-таки может придать своей жизни смысл тем, как он встречает свою судьбу, свои страдания. Люди осознают ценности за счет отношения к выпавшим на их долю неизбежным страданиям. Это установочные ценности, и возможность их осознания сохраняется до последних мгновений жизни. Страдание, таким образом, имеет смысл.

Стремление к цели не является движущей силой, ценности не влекут человека, они не подталкивают его, а скорее тащат за собой. Они предполагают выбор или принятие решений. Человек не испытывает влечения к нравственному поведению, решение вести себя нравственно принимается в каждом конкретном случае. Он поступает так не с целью удовлетворения соответствующего влечения и не для очистки совести, но «ради причины, которой себя посвятил, либо ради любимого человека, либо во имя Бога». Смысл жизни — это не абстракция.

В конечном счете, человек не должен задавать вопрос, в чем заключается смысл жизни, напротив, он должен сознавать, что этот вопрос адресован ему. Иначе говоря, каждому человеку жизнь задает вопрос; ответ может быть дан только путем ответственности за свою собственную жизнь; единственный ответ жизни — быть ответственным. Этот акцент на ответственности отражается в категорическом императиве логотерапии, который выглядит следующим образом: «Живи так, как будто ты живешь уже второй раз, и как будто в первый раз ты поступил неправильно, именно таким образом, как собираешься поступить сейчас!» (Франкл В., 1985).

Смысл жизни, таким образом, уникален для каждого человека и изменяется с течением времени.

Экзистенциальный вакуум и экзистенциальная фрустрация

Частой жалобой пациентов является отсутствие смысла жизни. Они охвачены переживаниями своей внутренней пустоты, вакуума внутри себя; они попадают в ситуацию, которую В. Франкл назвал

«экзистенциальным вакуумом». Этот экзистенциальный вакуум проявляется преимущественно в состоянии скуки.

Человеческое стремление к смыслу жизни вполне может быть фрустрировано, и в таком случае логотерапия говорит об «экзистенциальной фрустрации». Такая фрустрация иногда может компенсироваться жаждой власти или удовольствия. Экзистенциальная фрустрация сама по себе не является патологической или патогенной. В. Франкл решительно отвергает предположения, что поиск смысла существования, или даже сомнение в его наличии, всегда обусловлены каким-либо заболеванием или приводят к нему.

Природа неврозов и психозов

Хотя экзистенциальные конфликты могут развиваться и без невроза, каждый невроз имеет экзистенциальный аспект. Неврозы коренятся в четырех совершенно различных слоях человеческого бытия — физическом, психологическом, социальном и экзистенциальном (духовном). Физиологические основы могут быть конституциональными (включая невропатию и психопатию) и обусловленными (например, шок после травматического переживания). Обусловливающие основания являются, вероятнее всего, ускоряющими факторами. Разные типы неврозов различаются с точки зрения относительной важности каждого из этих четырех измерений.

Ноогенные неврозы. Ноогенный невроз имеет место не в психической, а ноогенной (от греч. «ноос», «нус» — ум как носитель смыслов) сфере человеческого существования. Ноогенные неврозы возникают не из-за конфликтов между влечениями и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями. Иными словами, они являются результатом нравственных конфликтов или духовных проблем. Значительное место среди таких проблем занимает экзистенциальная фрустрация.

Коллективный невроз. Каждой эпохе присущ свой коллективный невроз, и чтобы справляться с ним, каждая эпоха нуждается в своей собственной психотерапии. Экзистенциальный вакуум — коллективный невроз нашего времени — можно определить как личностную форму нигилизма. Что касается психотерапии, то она не в состоянии будет иметь дело с этим массовым явлением, если будет не свободна от влияния современных нигилистических тенденций в философии. Опасность исходит, прежде всего, от учения о том, что человек является не более чем результатом биологической, психологической и социальной обусловленности, то есть продуктом наследственности и среды. Построенная на них психотерапия отрицает свободу челове-

ка, подпитывая и подкрепляя тем самым невротический фатализм. Разумеется, человек — существо конечное, и свобода его ограничена. Это свобода не от обстоятельств, а свобода занимать по отношению к данным обстоятельствам определенную позицию. Для преодоления коллективных неврозов требуется скорее психологическое просвещение и психогигиена, а не психотерапия.

Неврозы. Ноогенные неврозы и коллективные неврозы относятся к неврозам в широком значении термина. В более узком смысле невроз затрагивает преимущественно психическое измерение человека. Невроз не является ноэтическим (умственным) или духовным заболеванием, или же заболеванием человека, касающимся лишь духовности. Психологические комплексы, конфликты, травматические переживания являются скорее проявлениями, чем причинами невроза, который более тесно связан с дефектом развития структуры личности. Тревога есть общий фактор, хотя и не причина невроза; вместе с тем, она поддерживает невротический круг. Базовым элементом является антиципаторная тревога. Транзиторный симптом или минутная неудача в функционировании могут оказаться в центре внимания. Возникает страх рецидива симптома, подкрепляющий этот симптом, формируется невротический круг, который включает предупреждающую тревогу. Существует два основных типа неврозов: тревожный невроз и обсессивный невроз.

Тревожный невроз включает в себя нарушение функционирования вазомоторной системы, нарушение эндокринной функции или конституциональный элемент. Травматические переживания действуют как провоцирующие агенты за счет фокусирования внимания на симптомах. Однако за невротической тревогой кроется экзистенциальная, представляющая собой страх смерти и одновременно страх жизни в целом. Это результат ощущения вины перед жизнью из-за собственного нереализованного потенциала. Этот страх сосредоточивается на конкретном органе тела или концентрируется на конкретной символической ситуации в форме фобии.

Обсессивный невроз включает конституциональный фактор предрасположенности наряду с психогенным фактором. Однако имеется также экзистенциальный фактор, отражающий выбор или решение человека перейти к развернутому обсессивному неврозу. Пациент не несет ответственности за свои навязчивые идеи, но он, безусловно, ответствен за свое отношение к этим идеям. Человек, страдающий обсессивным неврозом, не способен переносить неопределенность, напряжение между тем, что есть, и тем, что должно быть. Его мировоззрение характеризуется стопроцентностью, стремлением к абсолютной определенности в познании и решении. В связи с невозможностью для такого человека достичь в жизни всего желаемого он концентрируется на конкретной области.

Психозы. При неврозах симптомы и этиология носят психологический характер. При психозах этиология физическая, а симптомы психологические. Меланхолия, или эндогенный психоз, также включает психогенные и экзистенциальные аспекты, которые заключаются в свободе формировать свою судьбу и определять собственное психическое отношение к болезни. Следовательно, даже психоз в своей основе представляет собой проверку человека, человеческих качеств психотического пациента. Рядом со свободой психического отношения идет ответственность. Тревога, присутствующая в меланхолии, имеет физиологическую основу, но это не объясняет тревоги или вины, которые вызываются преимущественно страхом смерти и совести, представляя собой способ существования или пережи-вания.

Терапевтический процесс

Пациенты часто жалуются на проблемы, касающиеся смысла жизни, то есть философские или духовные. Эти проблемы могут быть признаком заболевания или невроза. Неврозы и психозы, включая органические психотические процессы, имеют как экзистенциальный, так и конституциональный и психогенный аспекты. Следовательно, лечение должно быть более чем просто медицинским или психологическим, оно должно также рассматривать экзистенциальные аспекты. Логотерапия направлена именно на эти проблемы.

Цель логотерапии — заставить человека сознательно принять ответственность за себя. В связи с этим задача психотерапевта — выявить потенциал пациента, обнаружить его латентные ценности.

Психотерапия не способна решать философские вопросы. Мировоззрение страдающего неврозом может быть ложным, однако коррекция его входит скорее в задачи логотерапии, чем психотерапии. Если бы это мировоззрение было правильным, психотерапия была бы не нужна. Философские вопросы невозможно свести к психологическим терминам. Психотерапия как таковая превышает свои полномочия, когда пытается решать философские вопросы. Логотерапия должна дополнить психотерапию.

Вместе с тем, в реальной практике психотерапия и логотерапия не могут быть разделены, поскольку психологический и философский, или духовный, аспекты индивида неразрывно связаны и могут быть разделены лишь на уровне логики. Тем не менее, в принципе они представляют различные сферы. Психотерапия раскрывает психологическую подоплеку идей, в то время как логотерапия обнаруживает изъяны в основах мировоззрения. У некоторых пациентов имеет смысл начинать с духовного уровня, даже если происхождение про-

блемы связано с низшими уровнями. У других пациентов логотерапия следует после психотерапии психозов или неврозов.

Постановка диагноза. Любое эмоциональное нарушение или психическое заболевание включает физический, психологический и духовный факторы: не существует чистых соматогенных, психогенных или ноогенных неврозов. Цель диагностики — определить природу каждого фактора и выявить среди них первичный. Если первичным является физический фактор — это психоз; при первичности психологического фактора мы имеем дело с неврозом; первичность духовного фактора определяет ноогенный невроз.

Терапия затрагивает человека в целом и может включать физическое (или медицинское) вмешательство, психотерапию и логотерапию, параллельно или последовательно. Логотерапия ставит целью не занять место существующей психотерапии, а лишь дополнить ее, формируя, таким образом, целостную картину человека, включая духовное измерение. Она фокусируется на смыслах и ценностях.

Терапия и ноогенные неврозы. Логотерапия представляет собой специфическую терапию при экзистенциальной фрустрации, экзистенциальном вакууме или фрустрации воли к смыслу. Эти состояния, когда они приводят к невротической симптоматике, называются ноогенными неврозами.

Логотерапия занимается вопросами, решение которых помогает людям осознать свою ответственность за происходящее, поскольку быть ответственным — это важнейшая основа человеческого существования. Ответственность предполагает обязательства, а обязательства могут быть поняты людьми только в терминах смысла, смысла человеческой жизни. Вопрос смысла — вопрос истинно человеческий, он возникает при работе с пациентами, страдающими от экзистенциальной фрустрации или конфликтов.

Смысл жизни и смерти. Смысл жизни меняется у каждого человека со дня на день и от часа к часу. Поэтому речь идет не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент. Если у пациента возникает состояние потери смысла жизни, В. Франкл рекомендует понять и почувствовать уникальность и неповторимость собственной личности. Обретя самоценность, поняв ценность окружающих людей в мире, в котором он живет, человек обретает уверенность в себе, своей полноценности, нужности, то есть смысл существования.

Цель логотерапии — помочь пациентам найти цель и смысл своего существования, помочь достичь наиболее полной активизации своей жизни. Если пациент не сознает своих уникальных потенциальных возможностей, тогда первоочередная задача психотерапевта — выявить их.

Конечность существования также придает жизни смысл. Смерть не делает жизнь бессмысленной, напротив, именно временный характер жизни придает ей смысл. Если бы жизнь была бесконечной, можно было бы отложить дела на потом, отсутствовала бы потребность в выборе или принятии решений, не было бы никакой ответственности. В логотерапии этот аспект жизни должен быть преподнесен пациенту, чтобы подвести его к осознанию своей ответственности. Пациенту можно предложить вообразить, что он пересматривает собственную биографию на закате дней и подходит к главе, посвященной настоящему этапу своей жизни, обладая сверхъестественной властью, он может решить, каким будет содержание следующей главы. Таким образом, он должен представить, что все еще в его силах внести исправления в важнейшую главу своего внутреннего жизнеописания. Прошлое является частью судьбы человека, но будущее не определяется исключительно прошлым. Ошибки прошлого могут послужить уроками для построения будущего. Предрасположенность человека или его биологические особенности есть часть судьбы, так же как и внешнее окружение и психические установки, в той мере, в какой они не свободны.

Логотерапия рассматривает судьбу как «основной способ проверки человеческой свободы». Биологическая, психологическая и социологическая судьба препятствует человеческой свободе, однако способы осмысленного внедрения одних и тех же недостатков и препятствий в жизнь человека сильно варьируют, так же как и отношение к ним. Невротические личности демонстрируют болезненное принятие своей судьбы, однако такой невротический фатализм есть лишь ложная форма уклонения от ответственности. Пациентам не следует позволять винить свое детство, образование и окружение, которые будто бы определили их судьбу. Эта практика и привычка винить свой нейротизм в совершенных ошибках являются способами избегания ответственности.

Смысл страдания. Именно в тех случаях, когда человек сталкивается с невыносимой и неизбежной ситуацией, когда он имеет дело с судьбой, которую невозможно изменить (неизлечимая болезнь, стихийное бедствие), ему дается шанс осуществить высшую ценность, постичь глубочайший смысл страдания. Так как самое важное — это наше отношение к страданию, отношение, благодаря которому мы принимаем это страдание, берем его на себя, один из основных принципов логотерапии в том и состоит, что человек стремится, прежде всего, не к получению удовольствия и избеганию боли, а к выявлению смысла своего непосредственно переживаемого существования. Традиционная психотерапия ориентируется на восстановление способности человека трудиться и радоваться жизни; логотерапия принимает эти задачи, но идет дальше, восстанавливая его способность

страдать, если это необходимо, благодаря выявлению смысла своего страдании. Страдания защищают человека от апатии и скуки; они приводят к деятельности, а, значит, к росту и созреванию.

Смысл работы. Понимание ответственности возникает из осознания уникальной конкретной личной задачи, «миссии». Реализация ценностей творчества обычно совпадает с работой человека, которая в основном соответствует той сфере, в которой уникальность данного человека может проявиться по отношению к обществу. Но реализация нисколько не зависит от конкретного рода занятий. Необходимо разъяснить это невротическим личностям, которые предъявляют жалобы на то, что другой род занятий позволил бы им лучше реализовать себя. Не сам по себе род занятий, а выражение уникальности и единичности человека в работе или за рамками рабочих обязанностей придают деятельности смысл.

Для некоторых людей работа является лишь средством добывания денег, а жизнь начинается только на отдыхе. Есть и те, кого работа настолько изматывает, что времени на отдых совсем не остается. Невротическая личность может иногда пытаться уйти от жизни, с головой уходя в работу. Когда такой человек не работает, то ощущает растерянность, потерю смысла и бедность его жизни становится явной.

Экзистенциальная важность работы проявляется в том, что В. Франкл называет «неврозом безработицы». Наиболее выраженным симптомом у безработного является апатия, чувство бесполезности и пустоты. Он ощущает собственную никчемность, потому что у него нет работы. У невротических личностей безработица становится оправданием всех неудач и снимает с них всякую ответственность перед другими и перед собой, а также перед жизнью. Вместе с тем, безработица скорее может быть результатом невроза, чем невроз — результатом безработицы. Вполне можно заняться различными другими видами деятельности, с пользой проводить время, занять жизнеутверждающую позицию. Невроз безработицы может подлежать психотерапевтическому лечению, но лишь с подключением логотерапии, поскольку проблема эта имеет отношение к смыслу существования.

Смысл любви. Любовь — это единственный способ постижения другого человеческого существа во всей глубине его личности. Никто не может полностью понять самую сущность другого человеческого существа до тех пор, пока не полюбит его. Посредством духовного акта любви обретается способность видеть сущностные черты и свойства любимого человека и даже более того — то, что содержится в нем потенциально.

Любовь — лишь один из возможных способов наполнить жизнь смыслом, причем далеко не лучший способ. Наше существование было бы весьма печальным, а жизнь бедной, если бы их смысл зависел

от того, испытываем ли мы счастье в любви. Человек, не испытывающий любви и не являющийся ее объектом, также способен наполнить свою жизнь смыслом.

Отсутствие любви может объясняться скорее невротической неудачей, чем судьбой. Внешняя физическая привлекательность сравнительно не важна, а ее отсутствие не является достаточной причиной для отказа от любви. Отказ от любви таит в себе обиду, поскольку предполагает завышенную либо заниженную оценку любви.

Невротические личности могут опасаться напряжения, связанного с несчастной, неразделенной любовью, поэтому склонны избегать возможностей для любви. Психотерапия должна выявить эту склонность пациента к бегству.

Проведение терапии: техники логотерапии

Логотерапия делает акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом. Эти отношения между двумя людьми есть важнейший аспект психотерапевтического процесса, гораздо более важный фактор, чем любой метод или техника. Терапевт не должен руководствоваться исключительно симпатией или желанием помочь пациенту, но он также и не должен подавлять человеческий интерес к нему, сводя отношения к техническим приемам.

В связи с концентрацией на экзистенциальных, духовных или философских проблемах в логотерапии много времени уделяется их обсуждению. Однако этот метод нельзя считать интеллектуальным или строго рациональным. Логотерапия в равной мере далека от того, чтобы быть как процессом «логических» рассуждений, так и обыкновенной нравственной проповедью. Прежде всего, терапевт, в том числе логотерапевт, не является наставником. Затрагивание экзистенциальных или духовных вопросов чревато сложными проблемами, поскольку у терапевта возникает необходимость занять определенную позицию в отношении ценностей. Логотерапевту следует остерегаться навязывать свою философию пациенту. Не должен иметь места перенос (или, скорее, контрперенос) личной философии, личных представлений о ценностях на пациента. Основанием тому служит концепция ответственности пациента за самого себя. Логотерапевт лишь подводит пациента к переживанию этой ответственности, не сообщая перед кем или чем (совестью, обществом, Богом или другой высшей силой) и за что (за реализацию ценностей, личных задач, за конкретный смысл жизни) пациент ответственен.

Две логотерапевтические техники — парадоксальная интенция и дерефлексия — специально разработаны для работы с состояниями

тревоги, с обсессивно-компульсивными и сексуальными неврозами.

В случаях антиципаторной тревоги, обсессивно-компульсивных и фобических состояний весьма полезной оказывается техника парадоксальной интенции. Эта техника, впервые описанная В. Франклом в 1939 г., поощряет пациента делать то, что вызывает у него страх. Страдающий обсессивно-компульсивным расстройством пациент перестает сопротивляться навязчивым мыслям и действиям, а страдающий фобией прекращает бороться со страхами, разрывая тем самым порочный круг антиципаторной тревоги. Это полностью меняет отношение пациента к ситуации. Кроме того, все это делается в максимально шутливой форме. Изменение отношения к симптому позволяет пациенту дистанцироваться от него, отстраниться от своего невроза. Если удается успешно подвести пациента к тому, чтобы он перестал бороться или избегать своих симптомов, а, наоборот, стал бы их преувеличивать, можно наблюдать, как симптомы постепенно ослабевают и пациент более не находится под их властью.

Дерефлексия особенно полезна в случаях мужской импотенции и неспособности достичь оргазма у женщин. Дерефлексия отвлекает внимание от выполняемого действия и собственной персоны, переключая его на партнера, что устраняет требования к выполнению действия. Такое игнорирование (дерефлексия) достижимо лишь в той степени, в какой сознание пациента направлено на позитивные аспекты. Пациенту необходимо переключение с антиципаторной тревоги на что-либо иное. Благодаря дерефлексии пациент способен игнорировать свой невроз, фокусируя внимание вовне. Он нацеливается на жизнь, полную потенциальных смыслов и ценностей, которые апеллируют к его личным возможностям.

Продолжительность и область применения

Не существует даже приблизительных рамок логотерапевтического вмешательства. Однако, как утверждает Г. О. Герц (1962), число терапевтических сессий зависит преимущественно от длительности заболевания пациента. В случае острого заболевания большинство пациентов реагируют на эту терапию (парадоксальную интенцию) в течение 4–12 сессий. Тем же, кто страдает на протяжении нескольких лет, требуется от 6 до 12 мес. лечения с сессиями дважды в неделю, чтобы достичь успеха.

Каждый может извлечь пользу в ходе логотерапии. Люди на всех этапах жизни, с проблемами и без них, психически здоровые и не очень могут воспользоваться теми преимуществами, которые предлагает логотерапия. Вместе с тем, у логотерапии имеется ряд противопоказа-

ний. Парадоксальная интенция категорически противопоказана при психотической депрессии. Что касается пациентов, страдающих шизофренией, логотерапия не является этиологическим лечением. При шизофрении дерефлексия может использоваться в качестве «психотерапевтического дополнения» с целью поддержки других форм терапии. Таким образом, логотерапия оптимально подходит для невротических состояний — коллективных, ноогенных, фобических и обсессивных.

Глава 10
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств. Она также с успехом применяется при терапии многих психосоматических расстройств, в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов.

Гештальт-терапия возникла под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа, в частности, идей анализа характера В. Райха. Гештальт-терапия основывается на принципах философской феноменологии, то есть работает с непосредственным переживанием проблемы в ситуации «здесь и сейчас», уделяет большое внимание взаимодействию терапевта и пациента (контакту) и субъективному восприятию проблемной ситуации. Суть гештальт-терапии отражена ее создателем Ф. С. Перлзом в форме краткого афоризма — «Я и Ты, здесь и как». Основное внимание в этом методе уделяется способам, с помощью которых клиент проявляется и реагирует на происходящее в настоящем. Очевидным преимуществом гештальт-терапии является, прежде всего, использование невербальных методов, что позволяет эффективно применять ее в работе с психосоматическими расстройствами, упражнений на концентрацию внимания, направленных на осознавание различных аспектов функционирования собственной личности, эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов.

Целью терапевтической работы является стимулирование процесса развития человека за счет осознания прерываний удовлетворения актуальных потребностей, реализации его возможностей и устремлений, восстановления процессов саморегуляции.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Ключевым аспектом терапевтического процесса, на котором концентрируются внимание и активность терапевта, является осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Много внимания уделяется также повышению осознавания различных способов прерывания контакта с самим собой и внешним миром, которые закрепились в прошлом. Согласно принципам парадоксальной теории изменений А. Бейссера (1970), любое изменение становится возможным «...не за счет механических попыток изменится, а за счет полного осознавания того, что есть...». Таким образом, гештальт-терапевт стремится к тому, чтобы способ или механизм, с помощью которого индивид прерывает удовлетворение потребностей, вновь стал осознаваем. Когда этого удается достичь, вновь появляется возможность выбора, и восстанавливается способность к саморегуляции. Традиционно гештальт-терапия используется в групповых методах работы, однако, по данным зарубежных авторов, в ряде случаев более эффективной может быть индивидуальная терапия. Невротическое состояние индивида в гештальт-терапии предполагает неспособность человека полностью контактировать (завершать цикл контакта) с собой и окружающей средой, следствием чего является определенная незавершенность ситуации. Прерывание контакта является приспособлением к условиям среды, но, став ригидным и неосознаваемым, способствует накоплению незавершенных гештальтов и хроническому неудовлетворению потребностей организма. Существуют пять основных механизмов прерывания контакта, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития пациента, оказывается заблокированной и рассеянной.

В качестве основных механизмов выделяют **конфлюенцию**, **интроекцию**, **проекцию**, **ретрофлексию** и **дефлексию**. Кроме того, выделяют дополнительные механизмы — **девалидизацию**, **эготизм** и **профлексию** (Гингер С.,1999).

При **конфлюенции** (или слиянии) границы между человеком и миром стираются, чувство отличия исчезает. В таком состоянии находится младенец, не способный еще к различению мира и себя. Он еще не способен заботится о себе самостоятельно, поэтому ожидает удовлетворения потребностей от матери. Мать узнает, что необходимо младенцу для жизни, и пытается удовлетворить его потребности. Здоровое слияние позволяет пережить настоящую близость и чувство единения с другими людьми. Однако, если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек перестает понимать, кто же он есть в самом деле, чего он хочет в настоящий момент, и утрачивает способность к реальному контакту с миром и с самим собой.

При конфлюенции нарушается способность определять актуальные потребности, в результате чего происходит подмена собственных потребностей ожиданиями других. Неспособность дифференцировать собственные потребности приводит к тому, что большинство эмоций, с ними связанных, также не различаются, а это субъективно переживается как тревога. Так, для участников военных действий характерно слияние с теми, кто, как и они, участвовали в боевых действиях. Об этом свидетельствует употребление ими местоимения «мы», когда речь идет об их индивидуальных переживаниях. Они часто не способны отличать свои собственные переживания от переживаний своих сослуживцев. В данном случае работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от его слияния с другими («чего ты хочешь?», «что ты чувствуешь сейчас?»). В целях преодоления патологического слияния в групповой терапии участника побуждают самостоятельно позаботиться о себе, четче осознавать и формулировать собственные потребности, создавая условия для их удовлетворения в контакте с другими. Потребность в слиянии резко обостряется под влиянием стрессовых воздействий, острой психической травмы. Нарушение слияния приводит к переживаниям тревоги, вины или обиды. Трудности, связанные со слиянием, формируются в раннем возрасте в результате нарушения процесса психологического отделения от значимых лиц (сепарации/индивидуации). В дальнейшем, в результате воздействия стрессовых факторов у лиц, склонных к слиянию, происходит утрата содержательной связи между переживаемой эмоцией, с одной стороны, и вызвавшей ее появление ситуацией, с другой. Нарушение способности различать связь эмоции и контекста ее возникновения приводит к тому, что любое выраженное интенсивное возбуждение не опознается и дифференцируется, а переживается как тревога. Таким образом, пациенты пограничного и психотического уровня используют слияние в качестве ведущего механизма прерывания. С целью работы со слиянием в гештальт-терапии используются техники фокусирования (осознание тела, «континуум осознавания»). В групповой работе используются **супрессивные** (сдерживающие) техники, предотвращающие избегание эмоций привычным способом. Участнику группы предлагают говорить в настоящем времени и от первого лица, описывать конкретную ситуацию и свои переживания по отношению к ней. Терапевт прерывает попытки участников группы говорить о мнении всех участников, подчеркивает различия между участниками. Работа со слиянием особенно важна на этапе ориентации, когда участники избегают самовыражения и прояснения отношений друг с другом. В результате работы со слиянием участники группы научаются определять и заявлять о своих потребностях, устанавливают взаимосвязи между сим-

птоматикой и эмоцией, с одной стороны, и эмоцией и ситуацией — с другой.

Интроекция (или «проглатывание непереваренным») — механизм некритического присвоения стандартов, норм, способов мышления, отношения к объектам внешнего мира. В результате использования интроекции человек способен эффективно обучаться и социализироваться. Однако избыточное использование данного механизма приводит к чрезмерной зависимости и пассивности. Так, ответственность за свое нынешнее состояние у участников боевых действий возлагается на государство, армию, непонимание окружающих, а активность по улучшению своего состояния сводится до минимума. Таким образом, можно говорить о патологической «интроективной позиции жертвы» у этих лиц, при которой они принимают пассивно-зависимую роль, не пытаясь предпринять самостоятельных действий, направленных на изменение ситуации.

На определенном этапе работы с пациентом, когда терапевт сочтет это возможным, оценив динамику развития психотерапии, характер прорабатывемых тем, готовность пациента к работе с глубокими переживаниями, пациенту предлагается обсудить события, когда он чувствовал себя несправедливо обиженным. Таким образом, могут быть выявлены интроекты, которые можно соотнести с позицией, ролью жертвы интроективного характера, выражения типа «они должны мне...», «им следует...». Интроективная динамика характерна и для развития психогенных депрессий (Корнетов А. Н., 1994; Третьяк Л. Л., 2007). Интроективные суждения о самом себе («я должен был это предвидеть», «если я не сделал этого, я слабак») становятся содержанием депрессивных руминаций у жертв чрезвычайных ситуаций, потерявших близких. В данном случае интроецированные убеждения становятся основой для формирования идей самообвинения и преувеличенного принятия ответственности за произошедшее. С целью выявления интроецированных суждений в групповой работе используются техники «осознавания внутреннего диалога» и «осознавания внутреннего критика». В процессе выполнения этих упражнений пациент может осознать, как он принимает на себя ответственность за то, что он объективно не мог контролировать. В диалоге с терапевтом пациент может выявить влияние интроекции на его настроение и самооценку, восстанавливая ее саморегуляцию и позитивную обратную связь между действиями и их результатом. Интроецированные, не прошедшие критическую переработку суждения, сохраняются в форме долженствований и запретов, делают поведение ригидным и негибким. Присвоение интроецированого материала возможно также за счет выявления вытесненных психогенетических связей («как ты об этом узнал?», «кто так говорил?») и восстановления способности к

критическому анализу («как ты сам к этому относишься?») в диалоге с терапевтом.

С механизмом проекции связан отказ от ответственности за какие-либо действия или явления, возникающие в самой личности, которые приписывают окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («что-то толкнуло меня на это», «что-то заставило меня это сделать»). Так, например, пациент будет считать другого человека очень агрессивным только потому, что он не может принять то, что он сам агрессивен и беспокоен. В данном случае можно также применить супрессивную технику — просто прервать проецирование пациента, предложив ему переадресовать себе высказывание, оценивающее другого. Если пациент говорит, что кто-то агрессивен, предложить сказать ему: «Я сам агрессивен» — несколько раз. Эта переадресация может помочь пациенту осознать свои настоящие, но не признаваемые сознательно чувства. Человек, использующий проекцию, чаще будет занимать внешне обвинительную позицию, перенося ответственность на других за происходящее с ним самим («ты меня раздражаешь», «ты заставляешь меня чувствовать себя...»). Проецироваться может и ранее пережитый травматический опыт. У лиц с эксплозивным вариантом реагирования механизм проекции опосредует возникновение импульсивных агрессивных действий. В работе с проекцией терапевт активно использует группу, предлагая пациенту интерпретировать переживания окружающих, описывая их эмоции и предполагаемый внутренний диалог («чтение мыслей»). Далее терапевт способствует присвоению проекции («как ты об этом узнаешь?», «попробуй сказать это от своего имени»).

Термин «ретрофлексия» буквально означает «обращение назад на себя». То есть, начиная контакт с окружающей средой, человек по каким-то причинам прерывает его и обращает действие на себя. Он становится и субъектом, и объектом всех своих действий, целью собственного поведения. Таким образом, субъект делает себе то, что предназначено окружающей среде. Для некоторых больных с невротическими расстройствами характерно наличие раздражительности и агрессивности. Результатом постоянного перенаправления агрессии с внешней среды на самого себя являются депрессивные и психосоматические расстройства. Если такие больные не умеют выражать свои чувства в приемлемой форме, то они либо совершают какие-либо брутальные действия, либо, подавляя агрессию, они становятся депрессивными, либо, удерживая агрессивные тенденции, как бы проецируют собственные негативные чувства на свое тело. В этом случае возникают различные психосоматические расстройства, такие как хроническое мышечное напряжение, повышение артериального давления, язва желудка, боли в области сердца, затруднение дыхания и др.

В гештальт-терапии существует стратегия работы с психосоматическими расстройствами, которую можно кратко представить в виде следующих этапов:

1. **Генерализация проекции**. Можно расспросить пациента о характере болезни, попросить описать ее. В традиционном варианте групповой терапии используется техника «идентификации с симптомом» (Стивенс Дж., 2002). Пациенту предлагается мысленно воспроизвести симптом в настоящем времени, вспомнить, какие переживания возникают при этом, как меняется поведение окружающих лиц, родных и близких. Затем пациенту предлагается мысленно представить самого себя в роли симптома и поговорить от его имени с самим собой и другими людьми. С целью выявления экзистенциального смысла симптоматики активно применяются арт-терапевтические и телесно-ориентированные техники (Царева Е. В., 2005). В таком случае содержание доминирующего конфликта раскрывается опосредованно, через символ или рисуночную метафору («переходный объект»).

2. **Осознание блокированной потребности**, символически отраженной в имеющейся симптоматике.

3. **Выражение заблокированного чувства**, осознанной потребности по направлению к личностному окружению в группе или с помощью техники «пустого стула».

4. **Интеграция полученного опыта**, включение его в систему целостной личности.

Далее психотерапевт подводит промежуточный итог — какие выводы можно сделать, и какие жизненные решения можно предпринять на основании того, что было осознано в упражнении.

При работе с пациентом следует проанализировать функциональное значение болезни, степень ее жизненной важности, то есть выяснить, что означает для него быть больным именно этим заболеванием («Что значит для тебя быть гипертоником?»). Выяснить, в чем заключается личностный смысл этой болезни для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями оно может быть передано окружающим. Осознание символического выражения экзистенциальных проблем, отраженных в актуальной симптоматике, позволяет сформировать осознанный запрос на личностно-ориентированную психотерапию, перевести пациента в активно-сотрудничающую позицию.

Ретрофлексия выступает и в качестве основного механизма, опосредующего динамику невротических депрессий. Попытка пассивной адаптации к психотравмирующим обстоятельствам длительного межличностного конфликта приводит к усилению механизмов сдерживания агрессии и формированию патологической адаптации в форме регрессивной роли («мученика», «жертвы обстоятельств»). Длительно

существующие противоречия «консервируются», таким образом, пациент, страдающий невротической депрессией, колеблется между самообвинениями и попытками обвинить других с постепенным перенесением ответственности за свое беспомощное состояние на окружающих.

Человек, для которого характерна дефлексия, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Во время сеанса дефлексия или уклонение от реального контакта может проявляться в форме общих фраз, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения. В этом случае энергия рассеивается, так как индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять четко направленное действие. Это характерно для симптома избегания, выраженного при невротических расстройствах, который проявляется в избегании обсуждения и работы с травмирующим опытом, поскольку это требует больших психологических нагрузок. Пациент уходит в пустые рассуждения, не касающиеся трудных переживаний, и в этом случае могут быть применимы супрессивные техники, которые состоят в том, чтобы прерывать пациента в каких-либо действиях, например в избегании контакта или же ухода в болтовню.

Существует противоположная, экспрессивная техника, которая заключается в максимизации эмоций, жестов, позы, которую принимает пациент. То есть, отслеживая в процессе сеанса невербальные проявления и отметив какую-либо позу пациента или жест, мимику, следует предложить пациенту усилить это. Таким образом, пациент может выйти на новый уровень понимания своего состояния и осознать свою скрытую эмоцию. В групповой работе терапевт поощряет прямые высказывания («попробуй сказать прямо», «скажи это кому-то адресно») и ограничивает поведение избегания (интеллектуализацию, склонность к объяснению и рассуждательству). Механизм дефлексии также активно участвует в поддержании смещения и переадресации агрессии у пациентов, страдающих невротическими депрессиями. Смещенная агрессия приводит к нарушению межличностных и, прежде всего, семейных взаимоотношений. Агрессия переадресуется из той ситуации, в которой она возникла (чаще связанной с зависимым положением или переживанием роли «жертвы»), в ситуацию более безопасную (по отношению к родным и близким). В групповой работе стоит учитывать, что значительная часть агрессии у жертв насилия может переноситься и на терапевта. Механизм смещения агрессии опосредует формирование фонических и обсессивно-компульсивных расстройств сопутствующего им избегающего поведения. Осознание роли патологической дефлексии способствует уменьшению выражен-

ности данной симптоматики и коррекции нарушенных межличностных отношений.

Адаптированный вариант гештальт-терапии в системе патогенетической психотерапии невротических депрессий реализуется в виде последовательных этапов. Во время диагностического этапа производится клиническая диагностика расстройства, отбор пациентов и установление уровня мотивации для участия в группе. Во время вводного этапа устанавливаются правила и нормы группы, отрабатывается процедура обратной связи, проводятся техники отождествления с симптомом, направленные на раскрытие экзистенциального смысла симптоматики, и техники супрессии, направленные на предотвращение избегания чувств. Так, в частности, техника осознавания внутреннего диалога позволяет осознать не выраженные своевременно чувства. На этапе фокусированной индивидуальной терапии в группе проводится работа с одним из участников на «горячем стуле», после чего участники группы дают обратную связь.

В групповой работе гештальт-терапевт может выбрать различный стиль взаимодействия — использовать традиционный «горячий стул», предлагать упражнения и эксперименты на самоисследование или исследование процесса контакта с другими, обращать внимание на построение контакта участников группы друг с другом (интерактивная гештальт-терапия). Индивидуальные сессии, как правило, проводятся более структурированно. Последовательность интервенций терапевта в индивидуальной сессии можно условно представить в виде следующих этапов (Курпатов В. И., Третьяк Л. Л., Федоров А. П., 2007):

1. **Следование за «фигурой» повествования пациента**. На этом этапе терапевт выслушивает пациента, обращая внимание на неосознаваемые самим пациентом невербальные (позу, мимику) и паравербальные (тональность, темп) характеристики высказываний. Терапевт не только отражает услышанное, но и восстанавливает утраченные связи в материале повествования («Вы начали говорить о работе, затем стали говорить о моем отношении к вам, как это связано, на ваш взгляд?»), эмоционально заряженные фрагменты высказываний, насыщая тем самым «фон» повествования. В процессе отражения материала происходит фокусировка доминирующего эмоционального содержания сессии — «фигуры» повествования.

2. **Выделение процесса «там и тогда»**. Отразив и обобщив содержание высказываний пациента, отразив пациенту наиболее эмоциональные фрагменты его спонтанных высказываний, терапевт предлагает ему выбрать наиболее важную тематику («Что беспокоит вас больше всего?»).

Затем он предлагает пациенту сформулировать ответственный запрос, ответив на вопросы: «В чем состоит ваше главное затрудне-

ние?» и «Чего вы ожидаете от меня в связи с этим?». Первый вопрос позволяет исследовать характер прерывания контакта в ситуации «там-и-тогда», а второй, в свою очередь, позволяет осознать характер контакта в ситуации «здесь и сейчас». Для того чтобы сделать актуальным переживание ситуации «там и тогда», пациенту предлагается рассказывать о своей проблеме на примере конкретной ситуации от первого лица и в настоящем времени. Терапевт продолжает фокусировать внимание пациента не только на содержании, но и на процессах, сопровождающих рассказ («вы задержали дыхание», «у вас сжались кулаки»). Затем он предлагает исследовать выявленное прерывание в ситуации взаимодействия «здесь и сейчас», совершая так называемое «челночное движение» между ситуациями прошлого и настоящего (Purls F. S., 1969).

3. **Гештальт-эксперимент**. Если предыдущие этапы сессии были посвящены фокусированию и прояснению, то гештальт-эксперимент является ключевым моментом сессии. Его цель — сделать механизм прерывания контакта со средой осознанным и тем самым разблокировать способность к выбору наиболее оптимальной модели поведения и отношения. Построение гештальт-эксперимента — процесс творческий, но он моделируется на основании техник, направленных на осознавание конкретных механизмов прерывания и представленных в форме трех основных блоков (Наранхо К., 1993; Третьяк Л. Л., Курпатов В. И., Федоров А. П., 2009):

Супрессивные (сдерживающие) техники — направленные на развитие осознанности путем предотвращения избегания чувственного опыта.

Экспрессивные (раскрывающие, проявляющие) техники — направленные на развитие осознанности за счет повышения способности к интенсивному вниманию или осознанному преувеличенному выражению (амплификации).

Техники интеграции — способствующие присвоению и интеграции отчужденных вследствие интрапсихического конфликта частей личности.

В зависимости от того, какой механизм прерывания играет ведущую роль в формировании проблемы или симптома, могут быть использованы различные виды этих техник.

Если основным механизмом прерывания контакта становится слияние с потребностью (**конфлюенция**), то применяются различные техники супрессии и фокусирования — конкретизация и субъективизация высказываний, вербализация эмоции, телесное осознавание, удержание в фигуральном переживании («Побудь с этим!») (Yontef G., 1993).

При работе с **проекцией** широко используется вербализация фантазий, фантазийных репетиций возможного поведения и реакций других («чтение мыслей») и техники присвоения проекций («ото-

ждествление с симптомом», «отождествление с образом сновидения», «пустой стул», «перевод вопросов в утверждение»).

При работе с **ретрофлексией** поощряются экспрессия заблокированного материала и техники интеграции («поощрение прямых высказываний», «амплификация» высказывания путем повторения фразы или прямого усиления экспрессии или техника «реверса» — усиление механизма сдерживания, техника «двух стульев», «техника полярностей»).

При работе с **интроекцией** применяются техники «осознавания внутреннего диалога» и «осознавание внутреннего критика», вербализация интроекта терапевтом, задавание вопросов, направленных на переосмысление и формирование отношения, парадоксальные техники.

Например, пациенту, склонному к интроективной позиции, можно предложить спрашивать совета у участников группы по отношению к тем ситуациям или явлениям, которые ему и так хорошо известны. Можно усилить осознавание роли интроекции за счет проигрывания и преувеличения ригидной социальной роли («обвинитель», «мученик», «искатель правды»). Долженствования, связанные с социальной ролью, могут быть выделены из внутреннего диалога клиента и вербализованы терапевтом, а пациенту предлагается их самостоятельно опровергнуть. Можно, наоборот, предложить пациенту «поучить жизни» участников группы и проговорить долженствования по отношению к ним. А затем участники группы дают обратную связь о переживаниях в роли «учеников» и самостоятельно приводят контраргументы.

При работе с **дефлексией** применяется поощрение прямых высказываний и техники супрессии, а также техники преувеличения («попробуйте оценивать окружающих, но так, чтобы никто из них не почувствовал себя задетым даже в минимальной степени»).

В работе с **эготизмом** добиваются полноты экспрессии за счет эксперимента на взаимодействие с группой или в паре, осознавание контроля эмоциональной экспрессии. А если ключевая роль принадлежит обесцениванию (**девалидизации**), как, например, при наличии депрессивных или нарциссических личностных черт, уделяют основное внимание процессам присвоения и ассимиляции переживания («как ты меня услышал», «что важного в том, что вы услышали от других участников о себе»). Реакции отрицания характерны также для случаев острой психической травмы, когда блокируется экспрессия аффекта горя и, как следствие, закладываются основы патологического переживания. В таком случае имеет место бессознательная попытка отрицать случившееся и удержать утраченный объект, что впоследствии становится основой затяжной реактивной депрессии. Поэтому при работе с утратой гештальт-терапевт стремится к наиболее полному переживанию чувств, связанных с утратой. Широко используется техника «пустого стула», позволяющая в диалоге с ушедшим человеком

выразить то, что не могло быть по тем или иным причинам выражено в жизни. Выражение чувств и слов прощания, прощения, благодарности к ушедшему, с последующим моделированием его возможной реакции на эти высказывания позволяют создать основу для ассимиляции самого факта утраты и пережить трагическое нарушение системы значимых отношений.

4. **Завершение сессии**. Основное на этом этапе — присвоение событий сессии, субъективной значимости проведенной работы. Терапевт сопоставляет полученную обратную связь с собственными представлениями о терапевтических эффектах, формулирует задания по самонаблюдению и поведенческим экспериментам. Так, пациенту, склонному к использованию проекций, может быть предложено активно интересоваться мнением других людей о себе, пациенту, склонному к дефлексии, может быть предложено наблюдать за тем, в какие моменты он начинает менять тему или пытается отшучиваться, пациенту, склонному к слиянию, — активнее заявлять о собственных потребностях и отслеживать свои чувства и желания при принятии определенных решений.

Таким образом, гештальт-терапия может применяться при следующих расстройствах: психосоматические расстройства, фобии и страхи, невротические расстройства, сексуальные расстройства психогенного характера, депрессивные проявления, суицидальные тенденции, нарушения сна (ночные кошмары), дезадаптирующие особенности личности (повышенная тревожность, агрессивность, раздражительность). Гештальт-терапия может эффективно применяться как в стационарной, так и в амбулаторной практике и относится к методам краткосрочной и среднесрочной психотерапии. В последнее время наблюдаются тенденции к реинтеграции гештальт-терапии и каузальных психодинамических методов (в частности, интерсубъективного психоанализа).

Кроме собственно подведения итогов пребывания в отделении самим больным (например, в виде доклада на собрании больных отделения, обсуждения изменений на занятии по групповой психотерапии и беседы с лечащим врачом), необходимо по возможности детально и структурированно составить план действий после выписки. В той или иной форме пациент составляет перечень возможных «ситуаций риска» и своего поведения при них; совместно с врачом и психотерапевтом прорабатывается включение его в реабилитационную программу на амбулаторном этапе.

Часть V
Гипносуггестивная психотерапия

Глава 11
ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Гипноз — одна из тех тем, которые вызывают безусловный интерес у всех без исключения людей. За более чем 200-летнюю историю изучения его природы и феноменологии появилось множество гипотез, теорий, умозрительных построений и даже спекуляций. Это окружило само слово «гипноз» и все, что с ним связано, избыточным, порой нездоровым вниманием и до предела наполнило его массой противоречий. Особую лепту в неоднозначное отношение к гипнозу внесла его немедицинская утилизация. Окружавший гипнотерапию магический ореол, уходящий корнями в мистические религиозные ритуалы, в последнее время был серьезно скомпрометирован широким использованием гипнотических состояний, например на эстраде, в криминальной практике и т. д. Если вы спросите себя, что первое приходит вам на ум при слове «гипноз», то в значительном числе ответов вы, скорее всего, увидите или рассказы о «мистических» способах мошенничества, или какие-то представления о людях, ведущих себя как кривляющиеся циркачи (например, доящие несуществующих коз, жующие несуществующие кислые яблоки и т. д.). То есть обывательским сознанием гипноз воспринимается, скорее, как какое-то развлечение, нередко небезопасное, чем как серьезная работа, в которой непременно участвует и пациент. Поэтому предпочтительным, с нашей точки зрения, будет использование термина «измененное состояние сознания» (ИСС). Здесь следует пояснить, что такие состояния мы переживаем ежедневно, и они не являются чем-то необычным для нас. Периоды сонливости и усталости, моменты высшего эмоционального напряжения, например любви или ярости, ситуации, когда мы длительно выполняем какую-то однообразную работу, дальние поездки, когда полотно дороги монотонно стелется перед нами. Во всех этих случаях мы находимся в измененном состоянии сознания.

Гипноз отличается от них лишь одним — управляемостью. Управляемостью, основанной на внушении, то есть на имплантации информационной посылки в обход критического ее осмысления. Так, например, когда маленький ребенок тянется к банке в вареньем, намереваясь

употребить ее содержимое целиком, так сказать, без остатка, и мать, заметив это, резко одергивает его окриком «Оставь ее в покое», то что мы наблюдаем? Естественно, что ручки ребенка опускаются, и он идет искать другое развлечение. К чему это говорится? К тому, что он еще не знает о вреде гипергликемии, ведущей к напряжению эндокринной и иммунной систем, что это чревато развитием болезненных состояний и т. д. То есть мотивировочной составляющей в отказе от сладкого у него нет. Но результат (отказ) — есть. И именно благодаря внушению. Или, например, когда родители нам говорят, что Земля вращается вокруг Солнца, мы им верим, хотя своими глазами наблюдаем совершенно противоположное. И лишь потом, уже в школе, мы узнаем, почему они были правы. А до этого просто верим. Таким образом, внушаемы мы все, и, может, именно внушаемость — одно из свойств, позволяющее человеку стать человеком, воспринимая информацию безусловно, впитывая модели поведения, речь и многое другое на «подкорковом» уровне. Лишь при грубой патологии внушаемость может быть резко снижена. Например, при выраженном аутизме, при котором больной настолько погружен в собственный мир, что до него «не достучаться», или при тяжелом органическом поражении, когда он не в состоянии удерживать информацию в поле внимания даже небольшое время.

Гипноз — составная часть внушения, суггестии. И вообще, мы недооцениваем роль внушения, а ведь вся наша жизнь зиждется на внушении. Здесь можно процитировать слова профессора Б. Драпкина (2001): «Кто лучше всех, как вы думаете, внушал? Гитлер. Он совершенно спокойно поднимал стотысячную аудиторию, и люди забывали все на свете, теряя свое лицо. Кто блестящий суггестолог? Кастро. Помните, пять часов он мог держать любую аудиторию... А помните рациональную психотерапию Дюбуа? Ведь даже современники писали, что его метод — хуже. А убеждения, разъяснения и проч. работают в его руках в 5 раз лучше, чем в любых других. Почему? Да потому что авторитет у этого человека был колоссальный! И конечно, помимо рационального радикала психотерапии, он обладал мощнейшей суггестией».

Суггестивные техники, порой даже неосознанно, широко используются во всех видах психотерапии. В телесно-ориентированной, например, измененное (гипнотическое) состояние сознания вызывается работой с телом (кстати, один из методов гипнотизации и основан на использовании релаксирующего влияния массажа). В психоаналитической терапии само нахождение человека на кушетке и концентрирование внимания на своих мыслях невольно погружает его в транс. И существует масса других примеров. Психотерапевт в рамках предпочитаемой им концепции лишь создает в сознании пациента модель

болезни, а дальше работает суггестия: «причины болезни в том-то, поэтому я, делая то-то и то-то, избавлю вас от нее». И ведь избавляет! Поскольку на врача работает и его авторитет, и авторитет школы, и всей медицины в целом, да еще и настроенность пациента: раз он пришел, то затем, чтобы вылечиться, как если бы он пришел в продуктовый магазин, чтобы купить колбасы или хлеба, а не почитать журнал или послушать концерт симфонической музыки. То есть в его подсознании уже заложен вектор движения, он заранее подсознательно как бы «заряжен» на выздоровление.

Итак, будем считать, что гипноз — это управляемое измененное состояние сознания. Тем более что смысловая наполненность понятия «гипноз» весьма различается в зависимости от трактующего его. Чтобы лучше понять всю полисемию этого термина, попробуем рассмотреть в историческом аспекте, как развивались представления о гипнозе.

Исторические аспекты представлений о гипнозе

Несмотря на то что гипнотические техники применялись уже в Древнем Египте, все явления, наблюдавшиеся в гипноидных состояниях, трактовались с теологических позиций. Человек не столько боролся с болезнью, сколько пытался «замолить» болезнь, откупиться от нее при помощи обетов, жертв, ритуалов. Между страдающим больным и Богом был только один посредник — жрец как страж души и тела, поэтому в течение веков гипнотические феномены были прерогативой мистики и религии. Тогда же зародилась широко распространенная в те времена практика так называемых «чудесных исцелений». Их существо сводилось к тому, что в обстановке религиозного экстаза с помощью внушения и самовнушения у предрасположенных к истерическим реакциям субъектов, погружаемых к тому же в глубокое гипнотическое состояние, устранялись такие функциональные нарушения, как истерическая глухота, слепота, потеря речи, различного рода параличи, астазия-аббазия и другие болезненные симптомы.

В тот же период были разработаны приемы, позволявшие погружать больного в измененное состояние сознания. Для гипноза применялись однообразные, монотонные звуковые раздражители, фиксация взора на блестящем предмете («волшебные зеркала», кристаллы, сосуды), использование естественных шумов природы (например, усыпляющий шум листвы и журчание ручьев). Большое значение придавалось поглаживанию (пассам) и возложению рук. В ряде культур для вхождения в трансовое состояние широко применялись и нар-

котические средства. Так, сибирские колдуны и шаманы употребляли мухоморы, в Центральной Америке — содержащий мескалин кактус пейотль. В среднеазиатских субкультурах дервиши достигали гипноидных состояний посредством быстрого кружения.

Первую же околонаучную гипотезу, пытавшуюся объяснить феномен внушаемости, предложил Франц Антон Месмер. Гипотеза эта была очень простой: Месмер заявил, что он обладает особым «животным магнетизмом», посредством которого может воздействовать на других людей, а также заряжать воду и предметы, делая их «магнетическими». В последующем, несмотря на вынесенный в 1774 г. Французской академией и Королевским медицинским обществом приговор, что «воображение без магнетизма вызывает конвульсии, а магнетизм без воображения не вызывает ничего», теория «животного магнетизма» послужила толчком для развития представлений о гипнозе. Так, последователь Месмера Шостенье де Пьюисегюр, практикуя «магнетические пассы», открывает сомнамбулизм. При этом он выясняет, что пациент погружается в состояние «магнетизма» не только в результате прикосновений, но и под воздействием слов, приказов, то есть что главный действующий фактор — внушение.

Английский врач Дж. Брэйд, который, кстати, и предложил термин «гипноз» (в переводе с греч. γυπνως — «сон»), считал его разновидностью сна, наступающего в результате «утомления сосредоточенного взора и внимания, расслабления мышц и замедления дыхания». Для объяснения механизма гипноза Дж. Брейд использовал гипотезу о моноидеизме, или о состоянии охваченности одной единственной мыслью.

Во Франции гипнология развивалась в двух центрах. Первый находился в Сальпетриетре, и во главе его стоял всемирно известный невролог и психиатр Жан Шарко. Эта школа придерживалась физиологической концепции гипноза. В последующем тот факт, что многие симптомы истерии в состоянии гипноза буквально «на глазах» исчезали или, наоборот, проявлялись, привели Шарко к мысли о том, что гипноз является не чем иным, как искусственно вызванным истерическим неврозом. Вторую — Нансийскую — школу возглавлял профессор терапевтической клиники Ипполит Бернгейм, придерживавшийся психологической концепции гипноза. Представители Нансийской школы считали, что гипноз — это психологический феномен, связанный с внушением. Они рассматривали гипноз как результат того, что гипнотизируемый поддается внушающему влиянию гипнотизера, постулируя тезис: «гипноза нет, есть только внушение».

Значительную роль в развитие гипнологии внес В. М. Бехтерев. В 1893 г., выступая на юбилее Военно-медицинской академии с речью, посвященной роли внушения в общественной жизни, он привел

разграничение таких понятий, как убеждение, внушение и гипноз. Убеждение, по его мнению, входит в сферу психической деятельности при посредстве личного сознания, усваивается путем обдумывания и осмысленной переработки, становясь прочным достижением «Я» (функция сознания). Внушение сводится к непосредственному прививанию тех или иных психических состояний от одного лица к другому; прививанию, происходящему без участия воли воспринимающего лица и нередко даже без ясного осознания с его стороны (функция бессознательного — с современных позиций). Гипноз же, по В. М. Бехтереву, представляет собой не что иное, как искусственно вызванный видоизмененный нормальный сон, при котором, однако, сохраняется контакт с гипнотизером. У загипнотизированного наступает особое состояние пассивности, в силу чего внушение действует на него подавляющим образом. Одним из важных положений учения В. М. Бехтерева о гипнозе является то, что гипнотическое состояние можно вызвать у человека не только вербальными, но и невербальными способами.

Физиологическое направление в гипнологии было развито И. П. Павловым. Согласно его теории, гипноз — это своеобразное чередование процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга. Если в коре преобладает процесс торможения, человек спит. Если преобладает возбуждение, человек бодрствует. А если вся кора головного мозга заторможена (мозг спит), но в коре есть очаг возбуждения (один участок коры бодрствует), то это — гипноз. Благодаря тому что один из участков коры мозга бодрствует, гипнотизер может поддерживать контакт с данным человеком. Но, поскольку весь остальной мозг спит, приказы гипнотизера не подвергаются логической (или критической) оценке. И тогда гипнотик слепо, как машина, выполняет приказы гипнотизера, не сомневаясь в их целесообразности. Однако с позиций модели И. П. Павлова невозможно было объяснить ряд феноменов, например внушение наяву, постгипнотические внушения и т. д. Поэтому в 30-е гг. XX в. многие авторы начали объяснять гипнотические феномены с позиции «теории сверхбодрствования». Согласно этой теории, гипноз — это такое состояние коры головного мозга, при котором вся кора бодрствует, но один ее участок сверхбодрствует. За счет такого очага сверхвозбуждения гипнотик выполняет команду гипнотизера, потому что считает, что выполняет свои собственные желания, намерения. И поэтому, для того чтобы человек оказался под воздействием гипноза, достаточно создать в коре его головного мозга тот самый очаг сверхвозбуждения, о котором говорит теория.

Нельзя не упомянуть еще о ряде теорий гипноза. Так, Леон Шерток расценивал его как своего рода транс. По его мнению, гипноз

представляет собой особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма. Шерток определяет гипноз как «четвертое состояние организма» — наряду с состоянием бодрствования, сна и активностью сновидений. Согласно психодинамической теории гипноза Фрейда — это состояние является ничем иным, как перенесением в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям. Фрейд предполагал, что терапевтические взаимоотношения в гипнозе имеют эротическую основу, заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании, за исключением полового удовлетворения. Психофизиологическая сущность гипноза постулировалась школой В. Е. Рожнова, показавшей качественное отличие этого состояния от подобных. Отличительной чертой гипноза, по мнению автора, является не свойственная ни сну, ни бодрствованию избирательность в усвоении и переработке информации, детерминированная социальной значимостью оказываемых воздействий.

Вместе с тем, за прошедшие с начала научного изучения гипноза десятилетия произошли существенные изменения. Изменилась гипнабельность и изменились гипнотерапевты. Если во времена Бернгейма, Шарко вся работа основывалась на чрезвычайно высокой внушаемости больных (пациентов, объектов воздействия) и на огромном авторитете некоторых гипнотерапевтов, то в настоящее время внушаемость населения резко упала. Для гипнотерапевта получить в свое распоряжение сомнамбулу — это большая удача. Если прежде считалось, что наибольшей гипнабельностью обладают истерические личности, то сейчас наблюдается совершенно обратное: истерики стали одними из самых «трудных» пациентов.

В контексте подобного патоморфоза претерпевали изменения и взгляды на природу гипноза.

Современное состояние учения о гипнозе

К настоящему времени сложились две основные противоречащие друг другу платформы, в значительной степени продолжающие спор между французскими школами. В рамках этих платформ предложены доминирующие гипотезы о механизмах гипноза. Первая предполагает, что гипноз является особым дискретным психическим состоянием, сопровождающимся специфическим паттерном мозговой активности. При этом объективные корреляты этих состояний могут быть зарегистрированы внешним наблюдателем.

Представители второй платформы трактуют этот феномен в социальном контексте как результат своего рода негласной конвенции или «соглашательства» между гипнотизером и пациентом, то есть гипнотизируемый как бы подыгрывает индуктору, с течением времени все больше и больше вовлекаясь в игру. Как метко охарактеризовал эту концепцию профессор Б. З. Драпкин, «в процессе гипнотерапии не совсем ясно, кто кого дурачит: врач — больного или больной — врача». Вторым ключевым отличием этого подхода является постулат о зависимости гипнотического состояния от установок, верований участников и даваемых ему определений. То есть самостоятельная сущность гипноза в рамках этой позиции отрицается.

Следует заметить, что в значительной степени противоречивость этих концепций объясняется семантическими проблемами, поскольку до настоящего времени не существует удовлетворительного определения как для понятия «гипнотическое состояние», для широко используемого в гипнологии термина «измененные состояния сознания», так и для «нормального сознания». Многочисленные споры между представителями разных направлений возникали и по причине отсутствия конвенциональных критериев регистрации гипнотического состояния. То есть наиболее остро стояла проблема операционализации реакций на гипнотическое внушение. Для решения этой проблемы были разработаны стандартные процедуры гипнотизации для трех основных видов внушения: идеомоторного, когнитивного и «подавления реакции». Впоследствии появились и шкалы для измерения восприимчивости к гипнозу. Наиболее известными из них являются «Стэнфордская шкала гипнабельности» (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962) и «Гарвардская групповая шкала гипнабельности» (Shor & Orne, 1962). Эти шкалы основаны на ретроспективном анализе переживаний, осуществляемом самим пациентом, и оценке поведенческих реакций, проводимой исследователем.

Однако использование этих инструментов так и не позволило ответить на главный вопрос: является гипнотическое состояние объективной реальностью или же это феномен, находящийся исключительно в рамках коммуникативных особенностей. Более того, оно высветило новые проблемы, из которых главная — предположение о том, что гипноз не является единой сущностью, а может представлять собой группу различных состояний, объединенных только внешним, поверхностным сходством по ряду признаков. В первую очередь, состояний, сходных с обычным глубоким внутренним представлением, и состояний, качественно от них отличных.

Поэтому потребовались дальнейшие исследования для уточнения феноменологии гипноидных состояний. Это было обусловлено тем, что огромное количество проведенных ранее в рамках социокогни-

тивных моделей опытов, например по изменению цветовосприятия в гипнозе, не могло ответить на основной вопрос: что именно мы наблюдаем в гипнозе? Например, действительно ли является таковой внушенная галлюцинация или это артефакт, обусловленный поведенческими реакциями на экспериментальную ситуацию?

В последующем внимание исследователей сосредоточилось на непроизвольности, или «автоматизме», действий в гипнозе. Однако и здесь не удалось добиться четких дефиниций. Это было обусловлено тем, что люди обычно не обращают внимания на степень произвольности собственных психических актов и действий, они интроспективно не классифицируют их по степени автоматизированности, а, следовательно, невозможно определить единый «базовый», или «нормальный», уровень произвольности для нулевой точки отсчета. То есть разные испытуемые могут использовать полностью различные критерии оценки степени произвольности или автоматичности действий.

Тогда фокус исследований сместился на поиск личностных и психофизиологических коррелятов гипнабельности. В ходе изучения этих характеристик Э. Хилгардом (1979) было установлено, что более гипнабельными являются лица, связанные с творческими или артистическими профессиями. Еще одной личностной чертой, тесно связанной с гипнабельностью, выявленной Т. Теллегеном (1974), была способность к «абсорбции», то есть «поглощенности» какой-либо специфической ситуацией (Tellegen T., 1974). Из числа психофизиологических характеристик значимой оказалась способность испытуемого концентрировать внимание в «зашумленной» окружающей обстановке без отвлечения на конкурирующие стимулы (Crawford H. J., 1994). Изучались и ситуативные факторы гипнабельности. Так, S. Barber и L. Glass (1962) показали, что, манипулируя мотивацией, можно добиться существенного повышения гипнабельности у испытуемых.

Однако наибольшее значение придавалось обнаружению нейрофизиологических маркеров гипнотических состояний. Уже первые электроэнцефалографические исследования показали, что при гипнозе и при сне электрическая активность мозга существенно различается. Попытки же отдифференцировать гипнотическое состояние от обычного бодрствования были менее успешны. Так, первоначальные выводы о доминировании правополушарной активности в гипнозе далее были опровергнуты результатами, указывающими на двухстороннее возрастание полушарного кровотока.

Особенностью экспериментального изучения гипноза является выделение контрастных групп, высоко- и низкогипнабельных, на основе стандартного унифицированного шкалирования глубины гип-

ноза с дальнейшим сравнением различных характеристик в выделенных группах. Были определены некоторые анатомо-морфологические различия у этих лиц на уровнях первичной соматосенсорной коры, таламуса, инсулы, фронтальных областей и сингулярной коры, дополнительной моторной коры, однако все эти данные нуждаются в верификации.

Биологическое действие гипноза и гипнотерапии ограничивается изучением влияния на биологические показатели внушаемых в гипнозе эмоций, состояний, переживаний с опорой на представления о психомодуляции иммунных и эндокринных процессов под влиянием внушений (Тукаев Р. Д., 2006).

В настоящее время одной из самых распространенных является неодиссоциативная теория гипноза Э. Хилгарда (Hilgard E., 1973; 1977; 1994). В модифицированном виде она представлена K. S. Bowers (1992) как теория диссоциированного контроля. Обе они основываются на допущении, что поведение организовано как иерархический ряд подсистем контроля, которые обеспечивают выполнение привычных последовательностей действий. В теории Хилгарда понятие диссоциации заключается в том, что часть аттентивных процессов и функций планирования могут протекать без феноменального их осознания, например, человек может одновременно ощущать ригидность в локтевом суставе и чувствовать, что он фактически пробует согнуть его. Подобное отчуждение возможно, если исполнительная система разделена на две части. При этом параллельные процессы в сознании разделены между собой амнестическим барьером.

В теории Bowers допускается более двух параллельных процессов, а гипнотическое внушение действует за счет ослабления лобного контроля поведенческих схем, что способствует направленной активации внушенного поведения.

Эти представления о наличии нескольких потоков сознания неоднократно критиковались, поскольку считается, что гипноз не должен интерпретироваться в терминах «скрытого наблюдателя», существенно усложняющего понимание регистрируемых поведенческих актов.

Социокогнитивная теория гипноза I. Kirsch, S. J. Linn построена на интеграции социальной и когнитивной теорий автоматичности обыденного целенаправленного поведения. Внушенные непроизвольные поведенческие акты целенаправленны и автоматически запускаются ситуационно опосредованными внушениями и связанными с ними ощущениями. Возможности одновременного включения поведения и восприятия обусловлены созданием когнитивного настроя на соответствующий внушению ответ. Ответные ожида-

ния — функциональный эквивалент выполняемых намерений — принимают форму «реализуемый ответ „икс” в случае ситуации „игрек”. Классификация ожидания или намерения, опыт произвольных и непроизвольных ответов зависят от интерпретаций, определяемых рамками внушений и изначальными верованиями.

Попытки объединения различных концепций представлены в интегративной теории гипноза Р. Д. Тукаева (2002), которая базируется на следующих основных положениях:

1. Развитие гипнотического состояния у человека происходит в первичной, общей для человека и животных, или вторично-символической, коммуникативной гипногенной ситуации.

2. Гипнотическое состояние сопровождается изменениями функционирования головного мозга, обратными формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу. Это приводит к общему функциональному регрессу психической деятельности гипнотика, включению архаических механизмов памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия, но не оказывает прямого влияния на психические константы личности. Следствием функционального психологического регресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому избирательному усвоению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость. Функциональный регресс механизмов мышления ведет к доминированию конкретно-образного мышления. Следствием функционального регресса психической деятельности гипнотика является актуализация мыслительных механизмов инфантильной атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности (совокупности ощущений, восприятий, переживаний гипнотика). Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Гипнотическая реальность становится проекцией личности, все элементы которой есть проявления личности и ее ситуации. Директивная и недирективная гипнотерапия меняет состояние и личность пациента посредством проективных преобразований. Осознанное использование проективных механизмов с пониманием объектов гипнотической реальности как проявлений личности и ее ситуации и их изменений как способа менять личность и ситуацию открывает качественно новые возможности для гипнотерапии.

3. Гипногенная ситуация порождает гипногенный стресс, а гипнотерапия представляет собой процесс адаптации к коротким гипнотически-стрессорным воздействиям. Биологически-

стрессовое действие гипнотерапии активизирует механизмы интрапсихической саморегуляции, понимаемые в рамках структуры и функционирования системы психологических защит личности.

Определения и сфера применения

Как следствие полифонии в теоретических воззрениях на феноменологию и природу гипноза не существует и единого определения как самого этого понятия, так и родственно с ним связанных. Однако в процессе психотерапии часто используются следующие термины:

Так, в мультимедийной энциклопедии «Википедия» гипноз — это погружение человека в транс, осуществляемое при помощи воздействия на него монотонных раздражителей или другими способами в процессе непосредственных контактов, взаимодействий (визуальных, тактильных, аудио и т. д.) с этим человеком. В состоянии гипноза часто осуществляется внушение.

Внушение (лат. s*uggestio* — «внушение», «суггестия») — психологическое воздействие на сознание человека, при котором происходит некритическое восприятие им убеждений и установок. Также внушение — это особым образом организованные вербальные конструкции, несущие информационный посыл директивного характера.

Измененные состояния сознания — состояния, характеризующиеся высокой степенью автоматизма, утратой свойственных личности паттернов поведенческого, эмоционального и когнитивного реагирования с последующим субъективным осознанием такой измененности.

Транс (от фр. *transir* — «оцепенеть») — функциональное состояние психики, в котором изменяется степень контроля сознания над обработкой информации. Транс сопровождается определенными изменениями мозговой активности, в особенности в диапазоне бета и тета.

Выделяют индуцированный и спонтанный трансы. В последнем случае он возникает нередко под влиянием переутомления, информационной перегрузки и т. п. и считается одним из защитных механизмов психики. К внешним признакам трансового состояния относят фиксацию взгляда, расширение зрачков, замедление глотательного и мигательного рефлексов, замедление и углубление дыхания, замедление частоты сердцебиения, снижение реакции на внешние раздражители, мышечную релаксацию, разглаживание мимических морщин, задержку моторных реакций.

Поскольку мы интересуемся **гипнозом** с медицинской точки зрения, то давайте будем считать, что это — искусственно вызываемое и качественно особое состояние ЦНС, характеризующееся динамическим сужением и повышением концентрации поля сознания на интрое-

цируемых образах (управляемой доминантой) и сопровождающееся формированием раппорта, то есть избирательного эмоционально-вербального контакта между гипнотизируемым и гипнотизирующим.

Таким образом, **гипнотерапия** (или гипносуггестивная терапия) — метод лечения внушением в гипнозе.

В клинической практике она применяется:

а) в качестве самостоятельной методики с целью достижения седативного и вегетонормализующего эффекта;

б) для повышения эффективности целенаправленного медицинского внушения (суггестии) на фоне гипнотической сверхвнушаемости;

в) в рамках отдельных техник — для проведения возрастной регрессии и гипнокатарсиса, гипноанализа, гипнотической десенсибилизации и других условно-рефлекторных (поведенческих) методик;

г) для обучения пациентов самовнушению, АТ, аутогипнозу.

Общие принципы и алгоритм курсовой гипносуггестивной психотерапии

Общим принципом для всех суггестивных воздействий является их обязательное созвучие доминанте выздоровления, задаче благополучного дальнейшего развития личности пациента. Любое отклонение от указанного принципа вызовет значительные осложнения как в психическом статусе, так и в его соматическом состоянии.

Не менее важным при построении суггестии является использование образной речи, поскольку подсознание «не понимает» абстракций, но хорошо распознает яркие, эмоционально насыщенные образы.

Рекомендуется также переносить реализацию суггестий на ночное время и их включение в планируемый паттерн активности на следующий день, так как этот прием позволяет обходить «цензуру». Эффективным является лечение через формирование сновидений: «пусть это произойдет ночью... пусть приснится хорошая, удачно разрешившаяся ситуация».

Что касается вопроса, какому методу следует отдать предпочтение при гипнотизации пациента, то можно упомянуть несколько рекомендаций. Так, И. В. Стрельчук (1953) считал целесообразным ориентироваться на особенности взаимодействия сигнальных систем пациента. По его наблюдениям, гипнотический сон быстрее и эффективнее всего достигается путем первичного воздействия через ту сигнальную систему, которая более тормозима у данного пациента. Поэтому при гипнотизации больных истерическими расстройствами более эффек-

тивно вербальное воздействие, то есть на вторую сигнальную систему. При лечении больных навязчивостями оправдано воздействие на первую сигнальную систему монотонными, ритмическими, световыми и кожными, особенно тепловыми, раздражителями. Для тех же пациентов, у которых не наблюдается заметного преобладания какой-либо из сигнальных систем, рекомендуется одновременное воздействие на обе путем комплексного словесного внушения со зрительными, кожными или слуховыми раздражителями.

Н. К. Боголепов (1936) при выборе метода гипнотизации основывался на состоянии вегетативной нервной системы пациента: пациенты, у которых при переходе в горизонтальное положение наступает значительное замедление пульса, лучше поддаются гипнотизированию в горизонтальном положении. Люди, у которых имеется явно выраженный симптом Ортнера (замедление пульса при запрокидывании головы назад), лучше поддаются гипнотизированию в полусидячем положении с откинутой назад головой. При гипнотизации людей с имеющимся преобладанием парасимпатической системы над симпатической лучше действуют однообразные, слабые раздражители (корковый, нисходящий гипноз); в этом аспекте классики отмечали, что лиц с потными руками, с преобладанием парасимпатического звена вегетатативной нервной системы гипнотизировать легче. На больных с преобладанием тонуса симпатической системы, особенно на лиц с выраженным симптомом Ортнера, лучше действует шоковый метод с применением сильных, внезапных и резких раздражителей.

Каждый сеанс гипнотерапии условно можно разделить на четыре периода: введение в гипнотическое состояние; углубление гипнотического состояния; утилизация гипнотического состояния (имплантации лечебных суггестий); вывод из гипнотического состояния (дегипнотизация). Не останавливаясь на содержательной стороне многочисленных методов гипнотизации, которые подробно изложены в большинстве руководств, сделаем акцент на общей логике построения курса терапии. В проведении курсовой гипносуггестивной терапии следует выделить несколько последовательных этапов. Стандартный курс состоит из шести не повторяющихся по содержанию сеансов.

Первый сеанс имеет своей задачей установление гипнораппорта.

Во время второго сеанса гипнотерапии проводятся дезактуализации психотравмирующих обстоятельств, послуживших причиной психотравмы. Для гарантированности эффекта в достижении данной задачи прибегают к двум описанным выше последовательным приемам — дезактуализации воспоминаний в образном строе и к приему блокировки сновидений, содержащих репродуцирование психотравмирующих обстоятельств. В некоторых случаях эти два метода применяются в раздельных сеансах, втором и третьем.

Последующие сеансы содержат конструктивную суггестию, которая конкретно соответствует характеру необходимых психотерапевтических вмешательств. Может быть использована одна из методик гипногипермнезии с установками нормализованных параметров нарушенной функции из прошлого жизненного опыта, либо запрет, либо иная, в зависимости от обстоятельств, форма конструктивной суггестии.

Пятый сеанс строится как длительный сон-отдых и служит целям закрепления достигнутого результата, либо в нем даются дополнительные суггестии в отношении функций, не нормализованных при прежней редакции суггестивного воздействия.

На последнем сеансе ставится «защита» от повреждающего воздействия повторных психогений, закрепляется механизм «автоматизированного» восстановления в период ночного сна нарушенных функций, если все же возникнет рецидив болезненного состояния. Таким образом, содержание последнего сеанса психотерапии — пролонгирование сделанных прежде суггестий.

Длительность курса может увеличиваться в случаях, когда не удается правильно определить главное звено в цепочке патогенетических факторов, вызвавших заболевание. Дополнительным элементом, усиливающим эффективность лечения, является назначение плацебо-препаратов либо, что бывало гораздо чаще, создание суггестивной составляющей в текущей лекарственной терапии, к которой имелись прямые традиционные показания.

Особенности различных психотерапевтических сеансов

Первый контакт с пациентом в значительной степени определяет динамику всего психотерапевтического процесса. Несомненно, имеют значение интуитивно адекватное поведение врача, его способность к эмпатии. В то же время существует ряд обязательных условий для первичного общения:

а) положительное отношение к пациенту;
б) вербально-поведенческий резонанс;
в) информационная дозиметрия;
г) поддержание оптимального уровня психологической дистанции.

Вербально-поведенческий резонанс следует рассматривать как совпадение словесной аргументации и неречевых знаков общения (мимика, жесты и т. д.), исходящих от психотерапевта. Если такого совпадения нет, пациент испытывает дискомфорт, желание формализовать или прекратить контакт с врачом, трудности в усвоении предлагаемой

ему информации. Подобная ситуация возникает при излишней интеллектуализации общения в ущерб его эмоциональному компоненту или, наоборот, при чрезмерной эмоциональности общения, не подкрепляемой адекватной словесной аргументацией психотерапевта.

Информационная дозиметрия — это предоставление больному качественной и количественной информации определенного уровня в зависимости от его экспектации, резервов психологической защиты, а также от предполагаемой динамики психотерапевтического процесса. Несоблюдение принципа информационной дозиметрии усиливает тревожность пациента, затрудняет общение с ним.

Основная цель первого контакта — формирование у пациента мотивации на лечение, а также представлений о заболевании в созвучной установкам больного фабуле и вытекающей из нее модели выздоровления. При этом ведущим направлением этих конструкций должна быть убежденность в неизбежности излечения на основе физиологических механизмов гипноза.

Однако такой подход целесообразен при терапии относительно простых моносимптомных (синдромных) нарушений, типа логоневроза, энуреза и т. п., то есть когда личность больного в меньшей степени задействована в удержании болезненных проявлений. В большинстве же случаев гипнотерапевту приходится сталкиваться с пациентами, которые внутренне не готовы к самосовершенствованию. Они нередко полагаются исключительно на «чудеса гипноза», не желают прикладывать никаких усилий для выздоровления, например поступаться своими привычками или отказываться от укоренившихся в силу болезни послаблений в повседневной жизни. Поэтому на первой беседе врач обязан сформировать у больного своего рода вектор движения: не избавление от болезни, а достижение здоровья. Причем здоровья во всей многогранности этого понятия. Пациент должен осознать, что означает быть здоровым, а не «не больным». То есть цель необходимо формировать в позитивном ключе, а не отталкиваясь от негатива. Именно об этом говорили классики психотерапии, подчеркивая важность стремления избегать частицы «не». Здесь как нельзя более уместно привести притчу о Ходже Насреддине.

Однажды к Ходже Насреддину пришел жадный и жестокий ростовщик Джафар. Он был горбат и уродлив и хотел, чтобы тот превратил его в красавца. Ходжа и пообещал помочь. Он потребовал, чтобы Джафар и вся его родня явились к нему в определенный час, и, когда все собрались, начал замысловатый обряд. Он выстроил родственников кольцом, а ростовщика посадил в середине на землю. Потом он обратился к ним со следующими словами:

– Сейчас я накрою Джафара этим одеялом и прочту молитву. А все вы, и Джафар в том числе, должны, закрыв глаза, повторять эту молитву за мной.

И когда я сниму одеяло, Джафар будет уже исцелен. Но я должен предупредить вас об одном необычайно важном условии, и если кто-нибудь нарушит это условие, то Джафар останется неисцеленным: когда вы будете повторять за мною слова молитвы, ни один из вас, ни тем более сам Джафар, не должен думать об обезьяне! Если кто-нибудь из вас начнет думать о ней или, что еще хуже, представлять ее себе в своем воображении — с хвостом, красным задом, отвратительной мордой и желтыми клыками — тогда никакого исцеления не будет, ибо свершение благочестивого дела несовместимо с мыслями о столь гнусном существе, как обезьяна.

Спустя минуту, после того как Ходжа начал обряд, отвратительная и невыразимо гнусная, с длинным хвостом и желтыми клыками обезьяна неотступно стояла перед умственным взором Джафара и его родственников. Джафар даже заскрипел под одеялом зубами, ибо его обезьяна начала проделывать совсем уж непристойные штуки. Притворно возмущаясь, Ходжа резко повернулся и ушел, хлопнув калиткой... Вскоре взошла луна, залила всю Бухару мягким и теплым светом. А в доме ростовщика до поздней ночи слышались крики и брань: там разбирались, кто первый подумал об обезьяне...

Теперь вам понятно, что пациент должен думать о том, как он будет вести себя, будучи здоровым, желать этого состояния, а не «думать о белой обезьяне», то есть вновь и вновь мысленно возвращаться к беспокоящим его симптомам. И чем ярче и образнее гипнотерапевт нарисует ему объемную картину «состояния здоровья», тем заметнее будет эффект. Но в этом заключается и активная роль пациента в психотерапии. Он должен идти «путем выздоровления», а не «бегства от болезни» — «к», а не «от». В этом психотерапию можно сравнить с костылем для хромого, который поможет идти, но если хромой не захочет идти, то и костыль ему ни к чему.

При первой беседе следует разъяснить больному, что такое сеанс гипнотерапии, его важность для личности пациента, оговорив необходимость отдыха после сеанса, ряд формальных запретов и ограничений для повышения уровня экспектаций от гипнотерапии.

Больной информируется об основных ощущениях, свойственных гипнотическому состоянию. Целесообразно использовать прием «психологического зеркала», рассказывая больному о пациентах с аналогичными заболеваниями, прошедших курс гипнотерапии с положительным эффектом, их ощущениях и переживаниях в гипнозе. Особенно подчеркивается, что гипноз — это не сон, а особое состояние, больше всего напоминающее просоночные состояния: «когда, например, вы засыпаете и видите сон, и в это время работает телевизор, и звуки из него вплетаются в ваш сон, и вы знаете, что видите сон, но в то же время понимаете, что слышите реальные звуки, доносящиеся из телевизора».

На первой же встрече, как правило, проводятся пробы на внушаемость. Считается, что они способствуют повышению гипнабельности пациентов. Но поскольку они описаны во всех руководствах, и так как многие врачи, особенно при наличии опыта, не используют их в практике, здесь мы не будем на них останавливаться.

При наличии у больного страха, тревоги перед гипнотерапией можно заявить ему следующее: «Способность входить в гипнотическое состояние заложена в каждом человеке. Ее можно сравнить со способностью плавать. Многие люди зрелого возраста не умеют даже держаться на воде. Однако при помощи учителя плавания они сравнительно легко могут реализовать свои врожденные способности. Точно так же и вы, четко и добросовестно выполняя мои инструкции, научитесь входить в это удивительное состояние». Этот тезис подкрепляется разъяснением о тех позитивных изменениях в действии нервной системы, которые происходят даже при простом нахождении в измененных состояниях сознания, «не сопровождавшихся лечебными формулировками».

В отдельных случаях для преодоления психологического барьера применяется лекарственная седативная терапия.

Монолог врача по сути своей является уже частью лечебного сеанса, поэтому в этой части активно применяются метафоры, построенные на эмоционально значимом для пациента факторе, что приводит к ослаблению тревоги, показывая приемлемый для пациента путь выхода из сложной ситуации, способы реагирования и возможные последствия.

Зачастую именно при первой встрече в обычной беседе больному суггестируется план излечения и его этапность. Последующие сеансы нередко носят характер внешне важного, но фактически необязательного формализованного ритуала, подтверждающего убежденность больного в том, «что все идет как надо, по плану».

Первый сеанс гипнотерапии направлен на формирование гипнораппорта с пациентом, а также дезактуализацию ложных экспектаций пациента от самой процедуры гипнотерапии. Пациент должен привыкнуть к обстановке, звуку голоса врача, его прикосновениям и т. д., с тем чтобы на последующих сеансах его не отвлекали непривычные аспекты окружающей обстановки. В текст сеанса рекомендуется вставлять целенаправленные формулировки по укреплению раппорта, например: «Во время этого сеанса между нами образовывается особая, невидимая связь, которая позволяет мне приоткрыть дверцу в ваше подсознание, туда, где находится источник ваших проблем. А вы с помощью этой связи сможете с каждым последующим сеансом погружаться в это особое, приятное состояние все глубже».

На **втором сеансе**, как указывалось выше, акцент делается на **дезактуализации психотравмирующих переживаний**. Логика этой техники

вытекает из «отпущения грехов» в религиозной практике, так же как катарзис в психоанализе. Без дезактуализации рецидив психогенного заболевания неизбежен, а неподготовленные «лобовые» суггестии оказываются неэффективными. После погружения в гипнотический сон суггестируется образ экрана, на который «проецируется» строение мозга и изменения на котором, как утверждается, путем реализации обратной связи сказываются на функциональном состоянии мозговых структур пациента. Далее говорится, что происходит нематериальное проникновение во внутреннее психическое пространство «до самого дна, до границы его с внешними потоками энергий», причем на дне находятся эмоционально отрицательно окрашенные переживания, накапливавшиеся, подобно придонному осадку, на протяжении длительного периода жизни. Следует сравнить эти скопления «дурно пахнущего ила» с гнойником, вызывающим у больного интоксикацию, субфебрильную температуру и плохое самочувствие, а порой и заражение крови. И далее суггестировать, что гнойник этот вскрывается, производится разрез «в оболочке внутреннего психического пространства», и скопления отрицательных эмоций удаляются, выдавливаются за пределы психического пространства пациента. «И поэтому, — следует добавить, — вы почувствуете после сеанса необычное облегчение, душевное здоровье, улучшение настроения. Все прошлые огорчения вы не забыли, но они стали вам безразличны, словно содержание давно прочитанной книги. Вы могли бы все вспомнить, но вам не захочется больше о них вспоминать. Психотравмирующие воспоминания становятся блеклыми, безразличными вам и потому не смогут больше вызывать болезненные переживания».

Важно подчеркнуть, что не следует добиваться полной амнезии. Ампутационный характер внушений усиливает защиту, внутреннее противодействие, а, вспомнив даже маленькую подробность, больной начинает сомневаться в эффекте всей произведенной суггестии, что равнозначно неудаче. Кроме того, бывает затруднительно определить четкие границы вызываемой амнезии, представления о них у врача и у пациента могут существенно различаться.

Возможно применение еще одного аналогичного по своему механизму приема для дезактуализации психотравмирующих переживаний — масштабирования. Очертив круг нежелательных для сохранения в эмоциональной памяти событий, суггестируется сжатие, уменьшение в размерах этих переживаний до микроскопически малого зернышка, которое потом отсылается для бессрочного хранения в самые дальние отделы подсознания. Данный прием очень напоминает сказочный образ носителя зла — джинна, заточенного в кувшин и брошенного на дно моря. Этот способ весьма эффективен. Возможно также использование образа «перевернутого бинокля», когда «все

проблемы видятся далеко-далеко, тусклые, бесцветные, не имеющие к вам никакого отношения».

Снижение эмоциональной насыщенности переживаний можно реализовать и с помощью внушения «переноса в прошлое», когда «травмирующие события как давно прочитанная книга... как старая висящая на стене фотография, которая давно примелькалась и которую уже не замечаешь. Следы воспоминаний словно заносятся песком... пылью... все зарастает травой... Вы будете вспоминать об этом... но это уже не заполняет вас, все стало таким далеким и безынтересным».

Способ блокировки сновидений также можно отнести к дезактуализационным техникам. Больному объясняется, что все впечатления, накапливающиеся в течение дня в бодрствующем состоянии, во время физиологического сна анализируются в подсознании, сопоставляются с прежним жизненным опытом и присоединяются к нему, если их содержание в целом соответствует основным жизненным представлениям человека, его установкам о нравственно допустимом и неприемлемом. В сновидениях словно бы «проигрываются» в лицах различные возможные ситуации, где фигурируют воспринятые в течение дня образы. Но в случаях, где не возникает созвучия между пережитым в прошедшем дне и допускаемым человеком в его нравственно-этических представлениях, репродуцируемая во сне психотравмирующая ситуация, многократно повторяясь, и сопровождаемая каждый раз вегетативной и эмоциональной реакциями у спящего, выбросами нейромедиаторов, адреналина и т. п., ведет к нарушениям в течение нормального функционирования мозга. Повторяемость и даже развитие сюжета психогении во сне влечет за собой угнетение настроения, поначалу в утренние часы, а затем появление постоянной эмоциональной напряженности, невротических и психосоматических расстройств, не позволяет исчерпаться психогении. Нарушается социальная адаптация человека, его поведение, деформируются отношения с окружающими.

Способ блокировки сновидений позволяет предупреждать затяжное течение психогений и их рецидивы. При этой форме построения суггестии исключается создание направленной психологической защиты внушению, так как речь идет о сновидениях, содержания которых не помнит пациент и не знает врач. Согласно данным А. М. Вейна (1974), амнезируется 98 % ночных сновидений, о чем обычно сообщают пациентам, предлагая им не составлять мнения о механизме лечебного эффекта, а спокойно ожидать его наступления в виде исчезновения через несколько дней симптомов, обусловленных психогенией.

Непосредственное исполнение суггестии проводится в гипнотическом сне и носит ритуальный характер. На фоне воздействия на точки выхода II ветви *n. trigeminus* суггестирутся образ «серебряной пластин-

ки», формирующейся в области ретикулярной формации, которая будет блокировать проекцию сновидений отрицательного характера в сознание. В последующем сделанная суггестия закрепляется во время длительного сна-отдыха.

После проведенной блокировки сновидений у больных наступает стабилизация эмоционального состояния, улучшается сон и самочувствие в утренние часы, исчезают депрессивные переживания.

Третий сеанс направлен на разрешение конкретных жалоб пациента. Используются метод лечебной программы либо техники, основанные на гипногипермнезии.

Метод «Лечебная программа». Для многих больных тягостна и кажется унизительной необходимость подчинения врачу, признание своей гипнабельности, того, что они «поддаются» гипнозу, а стало быть, имеют «слабую волю». Порой пациенты придирчиво оценивают своего врача, его внешний вид, манеру держаться, материальное положение и, разумеется, могут находить во всем этом достаточно много изъянов. Вот почему эмпирически еще в религиозной практике для лечебных суггестий призывался материально не воспринимаемый авторитет. При лечебных воздействиях Христа нередкими были ссылки на Дух Святой, христианские апостолы исцеляли именем и авторитетом Христа, современные священники ссылаются и эффективно используют целебные свойства мощей христианских святых или чудотворные иконы.

Пролонгирование лечебного эффекта суггестии требует схемы действий, предусматривающей неограниченный временной интервал. Для его достижения третьим участником психотерапевтического взаимодействия может явиться положение о подкорковых физиологических центрах, таких как центры регуляции витальных функций в стволе головного мозга — дыхания, сердцебиения, вегетативно-трофических и других автономных функций. Пациенту сообщается, что работа сердца, легких и многих других жизненно важных органов протекает при весьма ограниченных возможностях непосредственного влияния на них разума, логического сознания, то есть коры головного мозга, управляющей произвольными изменениями в организме. Врач говорит, что гипнотерапия позволяет создать в подсознании аналогичный центр управления лечебным восстановлением нарушенных функций, чья деятельность будет протекать неощутимо и неосознаваемо. Некоторое время спустя, различающееся в зависимости от темпа психической деятельности больного, наступит восстановление выбранных им совместно с врачом функций, причем компенсация болезненно нарушенных функций и будет являться практическим выздоровлением.

Во время подготовительных бесед (в период установления гипнораппорта и введения предварительных вспомогательных суггестий)

пациенту предлагается назвать основные болезненные симптомы, не более трех, от которых он хотел бы избавиться. Например, пациент с последствиями черепно-мозговой травмы, посттравматическим кистозно-слипчивым арахноидитом жалуется на головные боли, тошноту по утрам, ухудшение зрения. Врач объясняет ему, что все эти симптомы являются следствием нарушений внутричерепного ликворообращения, в частности, интенсивности выделения ликвора из хориоидного сплетения и обратного всасывания его через пахионовы грануляции в венозную систему. Таким образом, если пациент согласен, центр лечебной программы будет настроен на восстановление функции ликворообращения, что и вызовет постепенное устранение названных им жалоб. Согласие пациента совершенно обязательно, так как предварительно не объясненное воздействие может вызвать у него самое неожиданное толкование и, как следствие, — непредусмотренные последствия. Не должна смущать некоторая перегруженность объяснений медицинскими терминами и понятиями. Если объяснения станут совершенно понятными, у пациента появятся собственные суждения о проводимой терапии, чего не требуется.

Наконец, чрезвычайно существенно, что врач должен уклоняться от использования «лобовых», бесхитростно-прямолинейных суггестий, реализация которых может контролироваться пациентом. Если, например, дается прямая суггестия, направленная на снятие головной боли, то пациент начинает постоянно оценивать свое самочувствие, и появление головной боли сразу же становится в его глазах доказательством неуспешности сделанной суггестии. Если же внушение направлено на не вполне ему понятные процессы ликворообращения, каким-то неизвестным образом постепенно нормализующиеся, то даже возобновление головной боли уже не тревожит пациента, поскольку о такой возможности в первое время лечения врач предупреждал. Заметим, кстати, что, как и всякая секреторная функция (лактация, слюноотделение и т. п.), ликворообразование действительно может в значительных пределах регулироваться психотерапевтическими воздействиями.

Договорившись с пациентом об объеме и направленности изменений функций, которые произойдут после создания центра лечебной программы, назначают дату проведения основного лечебного сеанса, желательно не вскоре, а через некоторый временной интервал. Родственников просят обеспечить возвращение больного после сеанса на автомашине, в сопровождении близких, в этот день рекомендуется исключить просмотр телепередач, разговоры по телефону, прием гостей, ввести ограничения в диете. Создается и усиливается напряженное ожидание лечебного сеанса, пациента настойчиво просят не пугаться, если после его проведения возникнут парестезии и даже небольшие болевые ощущения, впрочем, наблюдаемые не у всех. Все это имеет

следствием эффективный подготовительный настрой, готовность к лечебному действию внушения.

В день проведения основной суггестии сеанс начинается с погружения в гипнотический сон, обычно бывающий значительно глубже, чем на предварительных сеансах. В состоянии максимально углубленного гипнотического «сна» производится ритуальная манипуляция введения в шоковый гипноз с повторением подробно обсужденного прежде содержания лечебных формул. Подобный «сверхгипноз» нередко амнезируется. Реализация суггестий, направленных на восстановление нарушенных вегетативно-трофических функций, обычно происходит течение 2–3 нед. На протяжении нескольких часов или в срок не более недели исчерпывают себя побочные индифферентные ощущения, суггестируемые в качестве маркеров эффективности основной суггестии (парестезии в области прикосновений во время ритуальных действий). Объективно можно отметить восстановление функции сна, стабилизацию в эмоциональной сфере, исчезновение головных болей, снижение внутричерепного давления.

Использование гипногипермнезии для лечебных целей давно и широко известно. Обычно гипногипермнезию используют для восстановления психогенно обусловленных нарушений памяти, для демонстрации сохранности следов памяти из различных возрастных периодов жизни пациента. Можно ли запомнить, а, соответственно, и восстановить память таких явлений, как кровяное давление, частота сердцебиений, дыхания, уровень содержания сахара в крови, напряженность ферментных реакций, стереотипов пищеварительных функций и т. п.? На первый взгляд, каждое из названных воспоминаний невозможно вербализовать, а тем более восстановить. Но это не так. На практике совершенно отчетливо можно вызывать повторное переживание в гипнозе болезненных ощущений и сопутствующих им вегетативно-трофических явлений, например после ожога (что еще в 1905 г. прекрасно было проиллюстрировано П. П. Подъяпольским), перенесенного радикулита, приступа мигрени и др.

Разумеется, целью врачебной деятельности не может быть возобновление приемами психотерапии болезненных проявлений. Но, тем не менее, состояние человека на каждый конкретный период времени в прошлом представляется как вполне определенный синдром (в частности, «синдром здоровья»), характеризующийся совершенно конкретным состоянием широкого спектра физиологических функций, которые могут быть репродуцированы в гипнозе и в последующем закреплены в качестве образца для их поддержания в постгипнотическом состоянии.

Прежде чем приступить к гипнотерапии, следует во время беседы с больными попросить их вспомнить конкретные дни того периода

жизни, когда они были здоровы. Например, при лечении названным методом ожирения просят вспомнить день, когда масса тела составляла желаемую для пациентки цифру. В этом дне-маркере не должно встречаться эпизодов алкогольного опьянения, менструаций, приступов других болезней, например ангины, мигрени и т. п., иначе при восстановлении заданных функций возобновятся имевшиеся в тот период времени болезненные проявления. Впрочем, они достаточно легко устраняются, а возможность их возникновения представляет интерес для доказательства обоснованности и эффективности данного метода лечения. Добившись устойчивого гипнораппорта с пациенткой, переходят к вызыванию в гипнотическом сне широкого круга воспоминаний, относящихся к избранному дню. Затем может быть применен прием «Лечебная программа», либо для реализации заданной суггестии дается длительный сон-отдых. Например, при невротических спинальных болях, в основе которых лежат явления стойкой психогенно обусловленной дистонии мышц спины, во время сеанса гипноза вызывается глубокая релаксация мышц спины, а затем оживляются воспоминания маркированного дня, после чего дается установка на восстановление нормального тонуса мышц, имевшего место в этот день. Для реализации установки вполне достаточно 30–40 мин сна-отдыха с плавным восстановлением нормотонуса. Таким образом, использование гипногипермнезии восстанавливало здоровый стереотип деятельности прежде больного органа или системы органов.

После достижения желаемого эффекта последний закрепляется и пролонгируется, причем следует предусмотреть «автоматическое», то есть неконтролируемое активным сознанием, восстановление функций в случае его психогенно обусловленного срыва.

Способ повышения психического и витального тонуса используется при лечении выраженных астенических и депрессивных состояний. Предлагаемый способ реализуется врачом у пациентов, с которыми имеется установленный гипнораппорт. В предварительной беседе, а затем повторно в гипнозе пациенту сообщается, что будет произведено воздействие на ретикулярную формацию ствола мозга, отвечающую за уровень сознания и жизненный тонус человека. Ретикулярная формация имеет вид большого количества скоплений нейронов и связей между ними, напоминающих тусклое звездное небо. Далее в гипнозе суггестируется представление о том, что яркость «звезд» усиливается, скопления нейронов наполняются энергией, стволовые структуры функционируют на новом энергетическом уровне, и по этой причине после проведения сеанса состояние больной кардинально улучшится. Ретикулярная формация будет отныне насыщаться энергией из собственных «родников энергии», влияя на все разнообразные жизненные функции (следует перечисление). После закрепления суггестии

обычным приемом и непродолжительного сна-отдыха пациент выводится из гипноза.

В наркологической практике широко используется в различных вариациях **методика К. М. Дубровского** по лечению алкогольной зависимости, которая проводится групповым методом, который заключается в следующем. Сначала от больных берется подписка, что если они после лечения начнут употреблять спиртное, то врач никакой ответственности за их жизнь не несет. Далее следует длительная беседа о пагубном влиянии этанола на организм, на социальное функционирование больных алкоголизмом. Потом проводятся своеобразные пробы на внушаемость. Затем в императивной манере, глаза в глаза, осуществляется процедура «кодирования»: «А теперь я вас кодирую от алкоголизма, и с этого момента вы пить не можете! Давайте попробуем. Я вас сейчас угощу спиртным». Пациентам ***per os*** вводится в носоглотку 10–15 мл 70 ° спирта. На фоне развития вегетативных реакций проводится их потенциация с помощью полотенца, смоченного никотиновой кислотой и подносимого к лицу. После незначительной модификации этот метод стал больше известен, как метод А. Довженко.

Однако у этой методики имеется, на наш взгляд, один существенный недостаток: сугубо патерналистский подход с несформированностью в конечном итоге в сознании пьющего пациента альтернативы — трезвого образа жизни, в отсутствии опоры на здоровую часть личности. С этих позиций невозможно не привести в качестве примера **противоалкогольную «гипнотическую песню» М. Е. Бурно** (1986):

«Пусть, пусть звучит в душе справедливая гордость. Живу трезво, совершенно трезво, с убежденностью, что не выпью никогда, нисколько спиртного. Только в этом, в абсолютной трезвости навсегда — спасение мое, иначе — конец, смерть. Достаточно смазать заржавевшие похмельные механизмы каплей спиртного, как они снова пагубно заработают — и еще пуще, еще разрушительнее. Либо жить совершенно трезво, трезвыми радостями и заботами, либо — погибать. Третьего — нет. Это уже не жизнь, когда человеку все равно, что будет с ним, с его делом, с его близкими. Это нравственная гибель, это уже ходячие трупы. Нет, я не дошел до этого слабоумного состояния. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я хочу быть трезвым. Трезвость. Вот оно — спасение мое. У меня теперь есть будущее. Но всегда я помню важное для меня: проклятое влечение к спиртному сидит во мне, примялось побитое, склонило голову свою, уползло в нору свою, но временами может давать себя знать. Очень важно всегда помнить, как дает себя знать больное влечение, чтобы понимать, что происходит, и знать, как действовать.

Во-первых, больное влечение к спиртному может давать себя знать откровенным желанием выпить, особенно в обстановке хмельного застолья, когда

на столе бутылки и предлагают, просят выпить, наливают спиртное в стакан, бокал, рюмку. Вот тогда, случается, засосет под ложечкой, выпить захочется, и уже лезут в голову предательские мысли: а может, попробую, может, получится пить понемногу. Нет, не получится! Ни капли спиртного, никогда! Я же хорошо знаю, что будет, ежели выпью. Будет снова алкогольное болото, и неизвестно, выберусь ли из него в другой раз и с какими потерями выберусь, если выберусь. Нет, не самоубийца я. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я хочу быть трезвым. Тот, кто протягивает мне спиртное, — это мой самый злой враг. Брови сдвину и покажу решительно, что уговаривать меня бесполезно. А если в душе неуверенность — то бежать, бежать подальше от этого места, где можно выпить, и вспоминать кромешную жуть, трагедию прошлого своего пьянства.

Но проклятое влечение дает себя знать и другими, тайными способами.

Случается, испортится настроение. Как-то кисло, тревожно, тоскливо, муторно на душе. И кажется в это время: а есть ли алкоголизм и в этом ли дело? Вот тяжко, скверно на душе. Вот истинное страдание, вот отчего избавиться бы! Выпить, что ли, чтоб легче стало? Стоп! Это работает больное влечение к спиртному, это оно переоделось в одежды тоскливости, это оно таким образом просит — требует своего. Очень важно вот тут схватить его за шиворот: я знаю, это ты, ты меня не проведешь, ни капли не выпью, никогда; в любом скверном настроении смогу отчетливо вспомнить мерзкий водочный вкус, вонь пива и смрад коньяка, потому что знаю, что именно происходит сейчас со мной. А когда столько знаешь про себя — сорваться непростительно,

А бывает, найдет светлое, радостное настроение. И чувствуется в это время какая-то необыкновенная свежесть. Кажется: вот оно — полнейшее здоровье! Вот теперь смогу пить спиртное понемногу. Раньше, да, не смог, а теперь смогу, чувствую, что смогу. И танец легких, беспечных мыслей в голове: ну, подумаешь, чего там, ничего плохого не случится, ежели выпью бокальчик шампанского. Стоп! Это опять больное влечение к спиртному. Это оно переоделось в одежды беспечного легкомыслия, телесной свежести и таким образом просит-требует своего. Ни капли! Никогда! Я знаю, что будет, если пойти на поводу у этой змеи: снова трясучка запоя, больное алкогольное болото и неизвестно, выберусь ли...

А бывает так, что человек, будто механически, невольно, заходит в магазин, покупает вино, наливает потом в стакан, пьет и только после нескольких глотков спохватывается: мне же нельзя спиртного, нисколько, никогда. Это опять работает больное влечение. Это оно устраивает такие бездумные поступки. Но если знать, что такое может случиться, тревожно помнить об этом, этого никогда не случится.

Проклятое влечение живет во мне, и я постоянно должен следить за собой: не подняло ли оно поганую голову свою. И если приснится сон про бутылки, что пью спиртное и ничего себе, все в порядке, — тогда особенно осторожным (осторожной) надо быть: это больное влечение ворочается, показывает

подобные сновидения и таким образом просит — требует своего. Нет, не проведет меня болезнь моя. Нисколько спиртного! Никогда! И тогда у меня есть будущее. Будет хорошее в моей жизни. И будут всякие неприятности. Куда же от них денешься. Но и неприятности — по-человечески, с чистой, безалкогольной кровью, без отравленности. И много хорошего будет в жизни моей. Но пусть пребудет во мне благородный страх: а вдруг проведет меня болезнь моя, влечение проклятое? Подумать только — как легко сорваться!.. Пусть этот благородный страх поможет жить в полной трезвости».

Одним из вариантов такого подхода является **метод альтернирующей гипносуггестии** Н. П. Захарова. Главная его особенность — это применение контрастных внушений, которые попеременно (маятникообразно) преподносятся больному и сопровождаются комплексным воздействием на ряд анализаторов, формирующим условно-рефлекторные связи лечебного характера (аверсионные — отталкивающие, отвращающие, или симпатические — привлекательные, притягательные). При проведении метода после анализа жалоб, анамнеза и структуры личности, внимание направляют на изучение субъективных психофизиологических реакций, ощущений и переживаний пациента, сопровождающих здоровое и патологическое поведение, с разделением их на положительные и отрицательные, приятные и неприятные. При этом используют максимальный набор ценностных, духовных, нравственных, когнитивных, эмоциональных, физиологических, визуальных, аудиальных и кинестетических характеристик обоих полюсов поведения. В итоге выстраиваются полярные, диаметрально противоположные позитивные и негативные суггестивные комплексы, включающие в себя субъективный опыт больного. Во время сеанса последовательно, многократно чередуют эмоционально-насыщенное описание негативной и позитивной моделей поведения больного, основанных на его выборе в прошлом, настоящем и будущем, с прогнозом последствий этого выбора для него самого и окружающих. Используемое при этом условно-рефлекторное подкрепление оказывают с учетом ранее выявленных индивидуальных особенностей.

В качестве модификации методики можно упомянуть разработанное на нашей кафедре обратное групповое воздействие, то есть когда группа врачей осуществляет собственно аверсивный ритуал. В этом варианте активно используется метод перегрузки. После введения пациента в ИСС одним из врачей по его команде начинается ввод негативной составляющей суггестий, насыщенной эмоционально значимой информацией. Текст суггестий предъявляется всеми тремя врачами, один из которых (ведущий) задает основную линию внушения, а два помощника, располагающиеся по обеим сторонам от больного, многократно повторяют аверсивный монолог в непосредственной близо-

сти от ушных раковин больного. Объем предъявляемой информации не позволяет пациенту полностью ее осознать, что дает возможность избежать «барьера критики» и обеспечить «прохождение» суггестий в систему его установок.

В **завершении курса гипнотерапии** следует предусмотреть построение психологической защиты личности пациента от негативных внешних факторов. В образном строе, нередко с использованием пассов, создается образ прочной, прозрачной невидимой энергетической оболочки. Ее формирование связывается с распределением жизненной энергии пациента, и в числе ее эффектов постулируется абсолютная защищенность от любых вредоносных воздействий, адекватность восприятия мира, способность в своем мировоззрении предусмотреть возможные неприятности при полной готовности к ним.

Применение гипноза требует от врача предельной собранности и самоотдачи. Копирование техники гипнотизации, демонстрируемой опытными психотерапевтами, механическое заучивание и воспроизведение стандартных текстов внушения приносят определенную пользу в процессе обучения. Однако в дальнейшем необходимо саморазвитие врача, выработка им собственного психотерапевтического стиля, основанного на его же индивидуальных психофизических особенностях.

Следует также помнить, что качественное проведение сеансов гипнотерапии обычно сопровождается вхождением в ИСС самого врача. Поэтому представляется очень важным ознакомление будущих гипнотерапевтов с комплексом ощущений и переживаний, присущих гипнотическому состоянию.

В завершение хотелось подчеркнуть особую важность этических аспектов в практике гипнотерапевта. Только безусловное эмпатическое принятие пациента таким, каков он есть — со всеми достоинствами и недостатками, безукоризненная направленность на излечение пациента, искреннее стремление помочь ему способны «зарядить» больного верой в неизбежно благополучный исход терапии.

И, наконец, лечение должно способствовать духовному развитию больного. Круг бихевиористких проблем, кажущийся неразрешимым для пациента, нередко следствие ограниченности его мышления ненужными рамками. А задайте себе вопрос: нет ли у вас этих ограничений?

Вспомните историю о двух людях, которым показали полстакана воды. Один сказал: «Он наполовину полон, и я благодарен за это». Другой сказал: «Он наполовину пуст, и я чувствую себя обманутым». Разница между этими двумя людьми не в том, что они имеют, а в их отношении (направленности сознания) к тому, что они имеют. Люди, владеющие искусством благодарности судьбе, физически и эмоционально

более благополучны, чем те «обманутые», чьи стаканы всегда наполовину пусты. Множество людей изнуряют себя погоней за счастьем: «Когда я женюсь, я буду счастлив», «Когда мои дети вырастут и получат образование, я буду счастлив» и т. д. Подумайте о том, что счастье — это **нечто такое, за чем нужно постоянно гоняться**. Скорее всего, это состояние внутренней свободы, свободы от тревог, сомнений в себе, страхов, слепого подчинения привычке и обществу, соревновательной борьбы, благоговения перед авторитетами и зависти к другим людям. Не ждите, что кто-то «сделает вас счастливым». Просто подумайте о том, за что вы можете быть благодарны судьбе в настоящий момент. Постарайтесь включить в этот список все, что стоит благодарности: солнечный свет, свое здоровье, пищу, красоту, любовь, мир…

Буддисты убеждены, что для людей, сохраняющих ясное сознание и спокойствие, любая потеря может быть моментом духовного освобождения, а не чем-то мрачным и пугающим.

Есть классическая буддийская притча о путнике, за которым погнался тигр. Спасаясь, путник добежал до края пропасти и, чтобы не упасть, ухватился за тонкую виноградную лозу, повиснув на ней. Когда он посмотрел вниз, то увидел другого тигра, который, рыча, ожидал, когда он упадет вниз. И вот, раскачиваясь на лозе между двумя тиграми, путник заметил, что две мыши начали грызть стебель лозы. Он понял, что все кончено. И тут он заметил растущую на обрыве землянику, до которой можно было дотянуться. Он сорвал ее и насладился прекрасным вкусом ягоды…

И чтобы лучше понять сказанное, постарайтесь расслабиться и представить себя бестелесным духом… божественным существом из Света и Любви, плывущим через Вселенную… Не пытайтесь вспомнить — ваш рассудок помешает вам; просто сделайте это, может быть, используя те специальные образы, которые вы видели в фильмах, на картинах, в книгах…

Вот вы, свободный дух, вне времени и пространства… А сейчас приходит время выбрать новую физическую форму… Это время вашего физического зачатия… Вы исследуете бесконечную, мудрую Вселенную для идеальных условий этой жизни… ищете совершенных людей… совершенные места и вещи, чтобы ими окружить себя так, чтобы вы могли жить прекрасной жизнью… научиться тому, чему вы хотите здесь научиться… и научить тому, чем вы хотите поделиться…

Вы исследовали все, и вы выбираете планету вашего рождения — Землю… Почему Земля?

Постарайтесь увидеть, как вы выбираете конкретное место… Какая страна? Почему? Какой город? Какое селение? Какая деревня? Почему? Какая нация? Почему? Какая религия? Почему? Какая мать? Почему? Какой отец? Почему? Рассмотрите их внимательно…

Какие братья и сестры? Почему? Как насчет бабушек и дедушек? Какие болезни были в вашей семье? Что творилось в мире? Была ли война? Мир? Экономический кризис?

И вот наступает время вашего зачатия. Вы выбрали правильные условия для своей жизни. Вы видите, как вы готовы спуститься в тело, воплотиться в теле... Что думаете вы, когда ваше сознание входит в чрево вашей матери? Закончите фразы:

Причина, по которой я выбрал быть живым...
Цель моей жизни — это...
То, чему я пришел научиться, — это ...
То, что я несу людям, — это ... (Рэй С., Манделл Б., 1993).

Глава 12
ЭРИКСОНИАНСКИЙ ГИПНОЗ

Милтон Г. Эриксон (1901–1980) получил мировое признание как один из крупнейших, а, возможно, и крупнейший психотерапевт-практик XX в. Его нередко путают с однофамильцем Эриком Эриксоном (1902–1994) — психологом-теоретиком, видным представителем неофрейдизма. Примечательно, что «младший» М. Эриксон взял эту фамилию произвольно в 1939 г. при получении американского гражданства. С детства он носил фамилию Хомбургер, принадлежавшую его отчиму.

Милтон Эриксон был коренным американцем. Вся его долгая жизнь прошла на родине. Он родился с дефектами нервной системы (дизлексия и аномалия цветовосприятия). В возрасте 17 лет перенес первую атаку американского полиомиелита взрослых. Болезнь ослабила юношу физически, но не смогла сломить его дух. М. Эриксон получил степень магистра психологии и доктора медицины в Висконсинском университете, создал семью, вырастил восьмерых детей, опубликовал 140 научных работ (в основном, журнальных статей), оказал помощь множеству пациентов, которых он принимал непрерывно. Наконец, ему удалось защитить суггестивную гипнотерапию от всевозможной необоснованной критики и придать ей ряд новых измерений, приспособить ее к реалиям XX в. В возрасте 51 года Эриксон перенес вторую атаку полиомиелита, а с 67 лет до конца жизни передвигался с помощью инвалидной коляски. Тем не менее, его жизненная активность не снижалась. В 70-е гг. XX в. он получил всеобщее признание: поток пациентов и учеников, жаждавших встречи с «чародеем», не иссякал. Об М. Эриксоне ходили мифы и легенды,

основным источником которых являлся он сам, поскольку охотно и откровенно рассказывал слушателям о самом себе.

Теоретические взгляды М. Эриксона не поддаются четкому структурированию. Он считал, что «гипноз — это поэзия» и избегал теоретизирования. Его опыт обобщен и описан учениками и последователями (М. Спаркс, Э. Росси, Дж. Хейли и др.). Эриксон полагал, что у человека имеется два разума — сознательный и подсознательный, придавая этим словам совершенно иное значение по сравнению с З. Фрейдом. В 1976 г. М. Эриксон отметил, что предлагаемое им деление созвучно функциональной асимметрии больших полушарий: сознательный разум соответствует левому полушарию (оговоримся — у правшей), подсознательный — правому. Сознательный разум обладает своим набором психических явлений и побуждений. Он консервативен, сопротивляется изменениям, медлителен, работает по причинно-следственной логической схеме. Подсознательный разум имеет иной набор психических явлений и побуждений, схватывает ситуацию интуитивно и в целом, реагирует быстро. В повседневной жизни сознательный разум доминирует в управлении поведением человека, однако при этом зачастую не может успешно справляться с тревогой и неприятными телесными ощущениями. В отличие от сознательного, подсознательный разум обладает более надежным запасом психического здоровья, что проявляется в его большей чувствительности, готовности к позитивным изменениям, объективности и даже мудрости. Мудрость эта состоит в том, что он будто бы заранее знает правильные пути решения любой психологической проблемы. Однако делиться столь ценной информацией с сознательным разумом он почему-то не считает нужным. Приходится эту информацию из него вытягивать искусственно.

Нет необходимости детально оспаривать столь произвольные умозрительные построения. В отличие от традиционной фрейдистской точки зрения, согласно которой бессознательное является источником инфантильных импульсов агрессии и сексуальности, зачастую деструктивных, Эриксон предлагал рассматривать бессознательное в качестве источника мудрости.

Исходя из своих теоретических позиций, М. Эриксон искал возможность временно выключить критический сознательный самоконтроль и тем самым облегчить прямой доступ к подсознанию пациента. Такую возможность он находил в формировании гипнотического состояния, или «наведении транса». По всей видимости, термины «транс» и «гипноз» Эриксон понимал как равнозначные. Оговоримся, что словом «транс» будем обозначать эриксоновский гипноз, а словом «гипноз» — классический гипноз. Слово «транс» происходит от французского глагола *transir* — «коченеть», «цепенеть». Напомним, что

в классической традиции (А. Форель, В. М. Бехтерев) гипнотические состояния подразделяются, как минимум, на три степени глубины: сомноленция, гипотаксия, сомнамбулизм. Отказавшись от различения этих степеней, Эриксон постулировал, что все люди подвержены трансу в равной степени. Согласно автору, состояние транса является разновидностью психической нормы. В этом состоянии повышается открытость новому опыту, готовность принять изменения. Таким образом, транс усиливает способность мозга к обучению.

Эта мысль Эриксона представляется и очень интересной, и спорной. Возможно, что усиление перцептивных и мнемических способностей и определяет адаптивный биологический смысл транса. Очевидно, что концентрация внимания является необходимым условием любой целенаправленной деятельности. Но, чтобы сфокусировать сознание, его приходится сузить. Вспоминается гипотеза В. М. Бехтерева относительно того, что детство является гипнотической фазой развития сознания человека. Согласно Эриксону, навести транс означает временно заблокировать сознание и тем самым открыть доступ к подсознательному разуму, «разрешить» ему функционировать самостоятельно, отдельно от сознания, дать ему свободу. Итак, необходимо достичь двоякой цели: подавить сознание и диссоциировать, разобщить сознание и подсознание. Момент диссоциации автор считал принципиально важным. По образному выражению М. Эриксона, техники наведения транса должны «смутить» логическое сознание и временно отстранить его от управления.

Таким образом, наведение транса существенно отличается от традиционного погружения в гипноз. Классическое погружение в гипноз — это результат договорного терапевтического альянса на основе информированного согласия пациента. Можно сказать, что это — «логичный» и «правильный» процесс. Наведение транса — принципиально алогичный непредсказуемый процесс, о котором пациенту (а возможно, и терапевту) заранее ничего не известно. Взаимодействие терапевта и пациента напоминает игру в «кошки-мышки».

Эриксон предложил множество новых приемов наведения транса. Все они базируются на принципе утилизации, то есть подстройки к пациенту без существенных изменений его текущего психического состояния. Это обусловливает необходимость в самой ранней фазе контакта распознать, принять и использовать текущую психическую активность пациента в терапевтических целях. Эриксон высказывался так: «Необходимо встретить пациента на его территории». Напрашивается и продолжение этой фразы: «Чтобы затем привести его в свой кабинет». Стоит отметить сходство принципа утилизации с основными положениями гуманистической психотерапии. Техники наведения транса, которые разбросаны по страницам трудов Эрик-

сона и стенографическим записям его «семинаров», весьма разнообразны и не поддаются рациональной классификации. Их сближает лишь то, что Эриксон проводил погружение, непрерывно разговаривая со своими пациентами. Во многих случаях сама рассказанная им история и становилась техникой погружения, вполне достаточной по своей эффективности. Приведем пример. Прибывший на семинар доктор психологии Джеффри Зейг (З) был вовлечен Эриксоном (Э) в следующий диалог. Не отрывая глаз от пола, маэстро начал медленно говорить размеренным тоном:

Э.: Весь этот пурпур (в интерьере комнаты), верно, вызвал у вас шок?

З.: Угу...

Э.: Я плохо различаю цвета.

З.: Я так и понял.

Э.: А красный телефон ... подарили мне четыре студента выпускного курса.

З.: Угу...

Э.: Двое из них были уверены, что завалят экзамены по основным предметам... а двое других боялись, что не сдадут... второстепенных предметов. Те двое, что боялись за основные дисциплины, но не беспокоились о второстепенных, сдали все экзамены. А те, что знали, что сдадут основные предметы, но провалят второстепенные... провалились по основным предметам, но сдали второстепенные. Другими словами, они выборочно отнеслись к предложенной мною помощи...

Здесь Эриксон впервые поднял глаза на Зейга и задержал взгляд. Описывая этот эпизод, Зейг сообщает, что рассказ сбил его с толку и тем самым вызвал гипнотическую фиксацию внимания. Нам кажется, что Эриксон сымпровизировал этот мнимо глубокомысленный и наукообразный рассказ как развернутую свободную ассоциацию на фигуру Зейга и на все, что ему было известно о Зейге. Такую спонтанную манеру работы невозможно заимствовать, каждый терапевт должен вырабатывать ее самостоятельно, с учетом своих индивидуальных возможностей и личного опыта. Рискнем предположить, что бессмысленная, абсурдная речь обладает не меньшим, а возможно и большим, суггестивным потенциалом, чем связная и моносюжетная. В качестве доступных примеров упомянем рассказ Даниила Хармса «Старуха» и рассказ Владимира Сорокина «Соловьиная роща».

Личность Эриксона, любившего шутки и розыгрыши, ярко проявляется в такой технике погружения, как «метод путаницы». По мнению автора, прибегать к нему лучше всего, когда имеешь дело с высокообразованными людьми, проявляющими интерес к гипнозу, или с теми, кто выказывает нежелание подвергнуться гипнозу, а на самом деле подсознательно этого очень хочет. Суть метода заключается в том, что делается ряд противоречивых взаимоисключающих

разнонаправленных, отличающихся по форме внушений, требующих от пациента постоянного переключения внимания. Например, если данный пациент соглашается, что он может перепутать день недели или даже текущий год, ему предлагается следующее «глубокомысленное рассуждение»:

«Сегодня, скажем, вторник, а можно думать, что четверг, но поскольку сегодня среда, и поскольку в данной ситуации вообще не имеет значения, среда сегодня или понедельник, то ничто не мешает нам живо вспомнить одно приключение, которое мы пережили неделю назад в понедельник, точь-в-точь такое, какое мы пережили в прошлую среду...».

Мало кто сможет устоять и не впасть от такой речи в состояние охранительного торможения.

Еще одна весьма оригинальная техника наведения транса состоит в том, что терапевт начинает самопогружение, сообщая о своих ощущениях и впечатлениях пациенту. Тем самым он мягко «уводит» пациента за собой, а затем использует установившийся между ними «трансовый контакт». Всего описывают свыше трех десятков приемов наведения транса, некоторые из которых Эриксон применял многократно, а некоторые — лишь в единичных случаях. Большинство этих приемов (синхронизация вегетативных реакций, символические движения конечностей, сенсорное «якорение» с помощью точно рассчитанных прикосновений, перегрузка слухового сенсорного канала и пр.) ничем существенным не отличаются от классических техник. Эриксон говорил: «Каждый погружается в транс по-своему». Эту очевидную истину он претворял в жизнь, помогая своим пациентам погрузиться в транс легким, оригинальным и неожиданным способом.

Самой «мощной» техникой наведения транса с одновременным формированием лечебных установок считается так называемая «тройная спираль Эриксона». Спираль состоит из трех не связанных между собой маленьких историй. На практике это может выглядеть следующим образом. Вы начинаете рассказывать первую историю, и в момент, когда подходите к самому интересному, без всякой связки переходите ко второй истории. Рассказываете вторую историю опять до кульминационного момента, прерываетесь и вновь без связки переходите к третьей истории. Третья история должна содержать встроенный текст внушения (о нем речь несколько ниже). Вы произносите третью историю, содержащую текст внушения, и без перерыва возвращаетесь ко второму рассказу, завершая его. После этого заканчиваете первую историю с того места, где прервали ее.

Предположим, что пациент достиг транса. Что собой представляет это состояние? Приведем простейшие примеры из работ учеников М. Эриксона. Воспоминания о прошлом. Когда человек глубоко погружается в свое прошлое, то, несмотря на открытые глаза, он как бы от-

сутствует в настоящем. Транс наступает и тогда, когда мы погружаемся в мечты о будущем. При долгой поездке в транспорте можно заметить маскообразные лица людей, которые едут без попутчика, молча, думая о чем-то своем. Похожее состояние бывает в очередях или в других ситуациях длительного ожидания. Рутинная, однообразная деятельность. Начните подписывать, к примеру, штук тридцать однообразных документов, и через некоторое время вы поймаете себя на том, что думаете совершенно о постороннем. Другие разновидности транса могут иметь место во время созерцательной медитации, молитвы, либо выполнения однообразных и несложных физических упражнений, которые иногда называют медитацией в движении. В таких случаях человек осознает, что образы представлений и одновременно соматосенсорные (телесные) ощущения воспринимаются более ярко, чем внешние стимулы.

К внешним, наблюдаемым признакам транса относят: расширение зрачков, фиксацию взора, замедление и урежение мигательных движений, урежение глотания, неподвижную позу, расслабление мышц. Дыхание при этом замедляется, снижается реакция на звуки, запаздывают моторные реакции. Появляются непроизвольные движения рук, век и других мышц лица, вздрагивание всего тела. Приведенная картина позволяет сделать однозначный вывод, что транс в понимании М. Эриксона — это поверхностный, или малый, гипноз по В. М. Бехтереву, обозначаемый другими авторами как сомноленция и гипноидность. У отдельных пациентов Эриксон целенаправленно добивался более глубоких степеней погружения.

Лечебные установки, которые формировал Эриксон, столь же разнообразны, как и его способы наведения транса. Однако все они имеют важный признак, отличающий их от классических. Это их размытость, расплывчатость, незавершенность по форме выражения. Принято считать, что Эриксон апеллировал к ресурсам пациента, побуждая его самостоятельно решать свои проблемы (активизировал внутренний бессознательный поиск разрешения проблемы). В действительности, суггестивные установки Эриксона не оставляли пациентам иного выбора, кроме позитивных изменений. «Прописывались» как сами изменения, так и сроки их наступления. Задавая пациенту вопрос: «Вы хотите погрузиться в транс с открытыми или с закрытыми глазами?», Эриксон применял прием, который его ученик М. Спаркс назвал «выбором без выбора». Мы вправе считать такой прием манипулятивным. При этом следует помнить о моральной оправданности лечебных психологических манипуляций, умолчаний и прямой лжи. Приведем еще один пример. Эриксон рассказывает на семинаре:

«Одна женщина хотела бросить курить и похудеть. Я заметил ей, что она успешно может этого добиться, причем без особых неудобств для себя. Она ответила:

— Я не могу устоять перед едой и перед сигаретами, но, что касается физических упражнений, тут у меня появляется стойкость... я их не делаю.

— Вы, кажется, очень верующая, не так ли? — спросил я.

Она ответила утвердительно.

— Дайте мне твердое обещание, что выполните несколько очень простых вещей, о которых я вас попрошу.

Она пообещала. Я перечислил свои просьбы:

— Храните спички в подвале. Вы живете в двухэтажном доме с чердаком. Курите, сколько душе угодно, но храните спички в подвале, а сигареты на чердаке. Как потянет закурить, спускайтесь в подвал, возьмите из коробка спичку и оставьте ее на коробке; бегом поднимитесь на чердак и возьмите сигарету, спускайтесь в подвал и закурите. Вот вам отменные физические упражнения».

По словам Эриксона, в данном случае он достиг успеха. Сочиненный им тут же, по ходу беседы, «ритуал лечебно-оздоровительного курения» весьма симпатичен, но опора на ресурсы пациента в нем не просматривается. Такое упражнение могло стать эпизодом бихевиоральной терапии, настолько оно четко структурировано и однозначно. Однако здесь все не так просто. Эриксон применяет в данном случае две свои оригинальные техники, которые позднее были отнесены к группе методов парадоксального вмешательства. Первый из них — «предписание симптома». Больная считает, что она слишком много курит и ест. Эриксон оспаривает такое мнение и предписывает ей курить и переедать «сколько душе угодно». В этой связи уместно привести еще один известный случай из практики М. Эриксона. К нему обратились за помощью супруги, каждый из которых мочился ночью в их общую постель. Эриксон предписал им обоим мочиться в постель перед сном. Вскоре «семейное расстройство» ликвидировалось. Техника предписания симптома имеет большое сходство с техникой парадоксальной интенции, которую изобрел В. Франк в 1946 г. Сущность ее состоит в максимальном произвольном усилении фонических переживаний и проявлений. После ряда «тренировок» эти расстройства исчезают. Предлагая пациентам пробовать новые формы поведения в патогенных ситуациях и закреплять их тренировками, М. Эриксон и В. Франк выступали в роли типичных бихевиоральных терапевтов, всегда использующих предписывающую технику «домашних заданий».

Вторая техника из группы «парадоксальных» приобрела еще большую известность. Это — рефрейминг, предполагающий изменение отношения пациента к своему поведению с отрицательного на положительное. В приведенном выше примере с «ритуальным» курением, оно преподносится пациентке как нечто приятное и полезное. Истоки рефрейминга можно найти в рациональной терапии П. Дюбуа

(1912 г.). Приблизительно термин можно перевести как «изменение рамок», или «переструктурирование», он пришел в психотерапию из теории искусственного интеллекта (М. Минский).

Представляется, что если Эриксон и стремился видоизменить, гуманизировать традиционную гипнотерапию, то лишь внешне, косметически. В глубине души он был и оставался классическим директивным суггестором, требовавшим от пациентов абсолютного подчинения. В качестве примера приведем эпизод из его учебного семинара:

Зигфрид: У меня вопрос. Вы приводите примеры, когда люди всегда выполняют ваши внушения и с большим вдохновением, чего нельзя сказать о моих пациентах. (*Смех*).

Эриксон: Вот и мои домашние спрашивают: «Почему твои пациенты выполняют все эти идиотские задания, которые ты им даешь?» Я им отвечаю: «Я говорю с пациентами очень серьезно. И они понимают, что я действительно верю в то, что говорю. Я предельно искренен. У меня нет ни капли сомнения, что они выполнят мои указания. У меня даже такой мысли не мелькает: „Неужели они будут делать такую чушь?" Нет, я уверен — они все сделают.»

Мы видим, что Эриксону была органически присуща психологическая установка полной уверенности в себе и правоте своего дела. Между тем, еще В. М. Бехтерев доказал, что именно такая установка является оптимальной для психотерапевтов, практикующих гипноз. Она принципиально отличается от состояния «аутентичности», к которому должен стремиться в своей работе гуманистический психотерапевт. Из большого числа лечебных приемов, предложенных М. Эриксоном (едва ли их меньше сотни), наибольшую известность и развитие получила техника обучающих историй. Их основная задача — передать скрытое терапевтическое послание в метафорической (иносказательной) форме.

В типичном варианте психотерапевтические внушения Эриксона включены в истории, содержание которых далеко от насущных забот пациентов, но все же имеет к ним некое отношение. Примером может служить «притча о помидорах». М. Эриксон рассказал ее фермеру, страдавшему от болей, связанных с раковой опухолью. Среди множества интересных сведений о выращивании помидоров (иногда Эриксон подбирал нужную информацию заранее) он вставлял замечания о том, при каких условиях это растение может «чувствовать себя хорошо». Помидоры тут сыграли роль метафоры отождествления, которая объединила терапевта и пациента и одновременно способствовала идентификации пациента с внутренними ресурсами совладания. Послание об улучшении самочувствия было скрытым, но не могло не достигнуть адресата.

Рассказывая истории, М. Эриксон, конечно, следовал древней традиции. С незапамятных времен фольклорные истории и притчи слу-

жили способом передачи культурных ценностей, в том числе этики и морали. Даже самую горькую пилюлю можно легко проглотить, если она покрыта сладкой оболочкой. Прямое моральное поучение можно отбросить (контрсуггестия), но назидания и наставления, облеченные в форму интересно рассказанной, интригующей и приятной истории, воспринимаются легко. С этой точки зрения истории Эриксона являются примером использования эффективных приемов риторики, таких как юмор, а также включение в рассказ интересной для пациента познавательной информации в виде малоизвестных фактов из области медицины, психологии и антропологии.

Со времен Эмиля Куэ (1910) считается, что на бессознательное можно повлиять преимущественно с помощью позитивной информации. Общение с оптимистичным и помогающим в развитии психотерапевтом, таким, например, как Эриксон, уже само по себе является позитивным воздействием. Вдобавок обучающие истории усиливают, дополняют и направляют это позитивное воздействие. Рассказывая истории, Эриксон дает новую информацию, вызывает новые чувства и подталкивает к новому опыту. Пациент, который годами не мог вырваться из невротических пут, обусловленных комплексом вины и другими иррациональными убеждениями, получает «позитивное подкрепление» в форме историй, насыщенных толерантной и жизнеутверждающей философией Эриксона. Доктор ведет коммуникацию на разных уровнях, непременно включая и бессознательный. Послания терапевта могут быть переданы пациенту как в бодрствующем состоянии, так и в «трансе». И пациент постепенно обнаруживает, что теперь он не обязан целиком полагаться на его прежние привычные переживания, оценки и убеждения. Он больше не желает оставаться пленником своей ограниченной философии и жестких психологических установок. При посредстве историй Эриксона его «собеседники» начинали осознавать открывающиеся перед ними новые возможности и перспективы.

Свои метафорические (двусмысленные и многозначительные) истории Эриксон рассказывал в особом стиле, характерной приметой которого было неожиданное для пациента переключение эмоциональных регистров. Различными способами Эриксон стремился выделять внушающие слова или фразы, которые незаметно «вплетал» в рассказ. Такое выделение достигалось с помощью пауз, изменения позы, направления взгляда, тона или громкости голоса. Акцентирование могло достигаться также с помощью произнесения имени пациента непосредственно перед выделенной внушающей фразой. Такой прием был позднее назван техникой «вставленных сообщений», или «аналоговых обозначений». К этой ценной идее М. Эриксон пришел под влиянием работ А. Р. Лурии, посвященных методу словесных ассоциаций.

К дополнительным нарративным приемам Эриксона относились подбадривающее сопротивление, вызывание реакции с помощью ее блокирования, аггравация нарушения и предоставление наихудшего варианта развития событий, посев идей, и, наконец, уже упоминавшиеся рефрейминг и предписание (назначение) симптома.

Довольно часто Эриксон пользовался известным механизмом постгипнотической суггестии. В памяти пациентов и учеников сохранилась фраза, которой маэстро завершал свои терапевтические послания: «И мой голос пойдет за вами, где бы вы ни были».

«Размытые послания» Эриксона вызывали начальные позитивные изменения, которые воспроизводили и поддерживали себя сами, а в последующем приводили к дальнейшим, более существенным изменениям. Это происходило, вероятно, потому, что изменения были направлены на самораскрытие и внутренний рост. Данный феномен обозначается фразой: «Малые изменения приводят к большим результатам». Конечно, такие результаты подпитывались американской культурой, основные ценности которой соответствовали жизненной философии Эриксона, утверждавшей важность человеческой индивидуальности, возможность улучшения человеком себя и уникальность путей развития каждого из нас.

Наследие Эриксона получило развитие в нескольких направлениях. Он по праву считается духовным отцом «новой волны» в психотерапии, возникшей в 1970—1980-х гг. Прежде всего, это касается различных направлений семейной психотерапии. Руководствуясь идеями и методами Эриксона, Вирджиния Сатир разработала коммуникативный подход, Джей Хейли и Пол Вацлавик — свои «стратегические» подходы к решению семейных проблем.

Из «стратегических» подходов использование метафор преимущественно фольклорного происхождения перекочевало в область «позитивной» психотерапии, разрабатываемой немецким врачом Н. Пезешкианом с 1969 г.

Эриксона следует считать родоначальником краткосрочной психотерапии, независимо от специфики ее последующих разветвлений.

Формат «семинаров» Эриксона, представляющий оригинальную комбинацию индивидуальной, групповой психотерапии и обучения, используется ныне в психологическом и психотерапевтическом сообществах повсеместно.

Практические приемы Эриксона заимствовались авторами различных вариантов манипулятивного программирования человеческой психики и поведения. Из них наибольшую популярность завоевало нейролингвистическое программирование (НЛП) Р. Бендлера, Дж. Гриндера и др. За это направление, за его достижения и ошибки Эриксон не несет никакой ответственности. Его

работа не сводилась к ограниченному перечню хотя и изощренных, но формальных приемов. То же самое можно сказать и о наукообразных подходах Вилла Шутса, Джона Кехо, Флеминга Фанча и многих других авторов, агрессивно претендующих на абсолютное первенство в области психотерапии и консультирования. Рефрейминг у Эриксона и «шестишаговый рефрейминг» в НЛП — это совершенно разные вещи.

Жизненный путь М. Эриксона завершен, его прах, согласно его желанию, развеян с небольшой горы Скво в окрестностях города Финикс, штат Аризона. Наверное, ему нелегко жилось в этом «самом потном» городе США, где температура воздуха при высокой его влажности доходит до 47 °С, а перегретые люди часто совершают преступления. О внутренних источниках жизненной силы Эриксона мы можем только догадываться, поскольку дневников он не вел. По всей вероятности, это была не религия, а нечто другое. Его интерес к людям был ненасыщаем. В итоге своей жизни М. Эриксон оставил нам впечатляющий пример терапевтического творчества на основе глубокого понимания, интуитивного проникновения в индивидуальные особенности каждого пациента. Он был готов удивляться, искать, учиться у пациентов и видеть в каждом из них единственное в своем роде человеческое существо, а не рядовой «случай». Иногда он многими часами буквально боролся за здоровье отдельного человека, напрягая все свои силы и возможности. Эриксон изобрел множество новых приемов суггестивного воздействия и показал поистине неисчерпаемый терапевтический потенциал косвенного внушения и внушения наяву. Своей практикой он доказал, что глубина гипнотического состояния не имеет решающего терапевтического значения. Наконец, Эриксон «утилизировал» свои болезни и физические недостатки настолько удачно, что сумел прожить долгую полноценную жизнь и принести пользу множеству людей. Он говорил о себе: «Члены семьи Эриксонов... воспринимают болезни и неудачи, как черные сухари жизни. А ведь нет ничего лучше черных сухарей, скажет вам любой солдат, подъев весь свой неприкосновенный запас».

Люди, побывавшие у М. Эриксона и слышавшие его, вспоминали его рассказы через многие годы. Он был не только психотерапевтом, он был учителем жизни. Американским учителем американской жизни, национальным американским героем.

Искусство М. Эриксона было, несомненно, уникальным. Даже опытные психотерапевты — ученики Эриксона — просматривая с ним видеозапись или стенограмму его сеансов, оказывались порой не в силах постичь полный смысл его реплик и действий. Однако мастерство Эриксона, описанные им приемы доступны для изучения и воспроизведения.

Многое из того, о чем писал Эриксон, было давно известно в отечественной психотерапии, гипнологический опыт которой гораздо шире и глубже американской. Тем не менее, у Эриксона и сейчас есть чему поучиться. Хотелось бы, чтобы психотерапевт любой школы и направления помнил фразу Эриксона: «Есть люди, которым невозможно помочь, но нужно пытаться».

Базовые техники эриксоновского гипноза

Показания к применению. Недирективный эриксоновский гипноз имеет целый ряд показаний, когда его использование более предпочтительно. За счет использования косвенной суггестии и терапевтических метафор и относительно пассивной позиции пациента данный метод показан людям с психосоматическими расстройствами. Он позволяет миновать сопротивление, возникающее у пациентов с алекситимией при попытках использовать раскрывающие методы психотерапии, а за счет развивающегося в период транса трофотропного эффекта достичь быстрого уменьшения выраженности соматовегетативного компонента тревоги. Этим же обусловлена эффективность метода при неврозах с преобладанием вегетативного компонента (соматоформная вегетативная дисфункция, агорафобия, социофобия) (Конопатов Д. А., 2005). Наряду с использованием раскрывающих техник, недирективный гипноз может быть использован в патогенетической терапии конверсионных расстройств. С учетом преобладания образного мышления и высокой внушаемости у детей он может использоваться в комплексном лечении невротических расстройств детского возраста (ночные страхи, энурез, тикозные расстройства). В сочетании с самогипнозом и аутогенной тренировкой недирективный гипноз показывает высокую эффективность в лечении расстройств сна при неврозах. Традиционным показанием к применению эриксоновского гипноза считаются психогенные, в том числе посттравматические расстройства. В качестве дополнительной симптоматической терапии он широко используется в практике соматической медицины (дерматологии, неврологии, гастроэнтерологии, акушерстве, онкологии). Эриксоновский гипноз используют в качестве средства симптоматической терапии в работе с болью (психогенными болями, болями у терминальных больных, болями при невралгии), а также в системе комплексного лечения зависимостей.

Противопоказания к применению. Эриксоновская гипнотерапия относительно противопоказана при острых психотических расстройствах, а также в случае наличия параноидальных тенденций, абсолютно противопоказана при наличии параноидной формы шизофрении.

Общая структура сеанса. Несмотря на то что детальные описания разнообразных эриксоновских техник можно найти в руководствах самого М. Эриксона и его учеников (Э. Росси, С. Гиллигена, Дж. Зейга, М. Япко и др.), нам представляется уместным привести описание общей структуры сеанса в рамках настоящего руководства.

Эриксоновский (недирективный) гипноз предполагает сотрудничество терапевта и пациента в процессе лечения. Вступая в контакт с пациентом, гипнотерапевт остается в воспринимающей позиции, фокусируя все внимание преимущественно на вербальных и невербальных проявлениях пациента (его позе, мимике, дыхании, голосе, содержании высказываний). За счет подобного сосредоточения и последующей синхронизации невербальных проявлений (прежде всего, дыхания) решаются две основные задачи. Первая заключается в том, что, присоединяясь к ритмам пациента, терапевт снижает бдительность сознания (производит депотенциализацию сознательных процессов), вторая позволяет гипнотерапевту за счет внешнеориентированного транса достичь наиболее полного присоединения к наблюдаемым проявлениям бессознательного пациента и раскрыть свои собственные бессознательные ресурсы (в частности, активизировать способность к метафорическому мышлению и появлению ассоциаций, связанных с проблемой пациента). В ходе беседы с пациентом терапевт также отмечает ведущие репрезентативные системы (модальности переживания) пациента. Гипнотерапевт отмечает, в какой сенсорной модальности (кинестетической, аудиальной, визуальной, дигитальной) описывает пациент как ресурсные состояния расслабления или уверенности, так и проблемный опыт. Задавая уточняющие вопросы или расспрашивая пациента об уже имевшемся опыте вхождения в трансовые состояния (перед засыпанием, на пляже, в лесу или во время монотонной поездки в транспорте), терапевт пытается выяснить структуру преживаний, используя лексику самого пациента. Так, описывая прогулку в лесу, кинестетик с большей вероятностью будет описывать телесные ощущения расслабления, аудиал обратит внимание на пение птиц и звуки ветра, визуал будет описывать палитру неба, листьев и цветов. Присоединение к языку описания проблемы пациентом даже вне контекста терапии с использованием трансовых состояний помогает добиться лучшего взаимопонимания и контакта. Довольно часто игнорирование репрезентативной системы приводит к едва уловимому напряжению, снижающему степень бессознательного доверия пациента и увеличивающему сопротивление в процессе психотерапии.

Клиент: В результате терапии я бы хотел яснее представлять свои ошибки, видеть новые перспективы отношений в семье.

Терапевт: А какие ощущения у вас возникают, когда вы мне это говорите?

Клиент: А насколько это важно сейчас? Мне более интересно представить свою точку зрения и рассмотреть ее представления об этом вопросе!

Терапевт: Но вы, вероятно, ощущаете, что ваше взаимодействие с ней будет более теплым, если вы позволите себе говорить о чувствах и переживаниях?

Клиент: Я не вижу в этом смысла, пока для меня не ясна ее точка зрения!.

Этот короткий пример из стенограммы сеанса супружеской терапии иллюстрирует усиление сопротивления клиента из-за бессознательного игнорирования терапевтом-кинестетиком репрезентативной системы клиента-визуала. Во время вводной беседы пациенту дается разъяснение о роли бессознательного, выявляются привычные формы транса во время различных монотоний (например, во время езды в поезде метро). Пациенту разъясняется роль сотрудничества в процессе работы, подчеркивается, что транс является обычным феноменом, возникающим при сильном сосредоточении на чем-либо. Последовательно проясняются и опровергаются страхи, связанные с утратой контроля и возможностью формирования зависимости, характерные для личностей с высоким контролем экспрессии и эмоциональных проявлений.

Терапевт подчеркивает безопасность транса, а также опытный характер феномена, отмечая, что состояния транса естественны и способность к вхождению в транс может быть приобретена в процессе научения. Во время вводной беседы терапевт также уточняет характер проблемы пациента, присущие ей модальности переживания опыта, что затем используется во время процедуры наведения и для построения терапевтической метафоры. По окончании вводной беседы (стыковочного сценария) терапевт **фиксирует позу и взгляд** пациента и садится немного сбоку от него, чтобы расфокусированным взором иметь возможность следить за невербальными проявлениями, и дает **установку на пассивность сознания**: «Вы будете просто слушать меня, вам необязательно прислушиваться к тому, что я говорю, или стремиться вызвать какие-либо переживания, они возникнут сами, если вы будете внимательны к проявлениям своего подсознательного разума». Далее следует стадия собственно наведения, во время которой терапевт использует **утилизационный** подход — присоединившись к позе и дыханию пациента, он описывает возникающие минимальные невербальные проявления транса (глубокое дыхание, тяжесть и подрагивание век, покраснение лица, желание еще большего расслабления), возникающие феномены внешнего мира (звуки, запахи и т. д.) и использует так называемые **связывания**, где одна часть высказывания представляет собой реальный и проверямый опыт, а дру-

гая является внушением трансового опыта, возможного, но непроверяемого. В качестве связываний используются составные внушения по типу «когда *X*, то *Y*», «в то время как *X*, *Y*». «В то время как ваше дыхание становится все более глубоким, мышцы вашего лица расслабляются еще больше, и вы можете захотеть подольше оставаться в этом состоянии, наблюдая за тем, что будет происходить дальше...». Терапевт строит высказывания таким образом, чтобы пациент был в некоторой степени вынужден соглашаться с ними. С этой целью используются шаблоны неопределенной речи, в частности **трюизмы** — утверждения, бесспорные вследствие своей банальности и многозначительности (например — «у каждого человека иногда появляется желание расслабиться и помечтать о чем-то приятном»). Довольно часто уже в процедуре наведения используется техника **диссоциации сознательных и бессознательных процессов**, во время которой терапевт поочередно утилизирует возникающие проявления сознательных процессов (внешнего восприятия, мышления, рефлексии) и поддерживает развивающиеся трансовые феномены (изменения восприятия тела и времени, спонтанные автоматические движения пальцев и кистей рук). На определенной глубине транса уменьшается концептуальная жесткость мышления, оживляются **идеодинамические процессы** и становится возможным использование терапевтических метафор (собственно терапевтических внушений). Терапевтическая метафора является важнейшим элементом универсальной формулы:

$$X—Y—Z,$$

где X — проблемное состояние, Z — желательное состояние, Y — терапевтическая метафора, содержащая в себе описание процесса трансформации.

В построении терапевтической метафоры используется опыт самого клиента, его репрезентативная система, а также система ценностей. Существуют также метафоры отождествления, в построении которых описывается ненаблюдаемое поведение главного героя (размышления, эмоции), содержащее описания более адаптивных копинг-стратегий. Принято считать, что бессознательное выделяет наиболее общие процессуальные элементы этих историй, увязывая их с элементами сознательной проработки возможных решений проблемы. После проведения серии терапевтических метафор используются паузы, во время которых терапевт предоставляет бессознательному пациенту по-новому переработать опыт, запустив процесс бессознательного поиска решения проблемы с учетом новой информации, использованной во время внушения. После этого начинается процедура выхода из транса, по окончании которой пациенту дается постгипнотическое внушение,

закрепляющее проведенное во время транса (например, способность вызывать у себя определенные эмоциональные состояния).

С каждым последующим сеансом пациент все больше обучается трансу, и на процедуру наведения требуется гораздо меньше времени, а на основную фазу, напротив, отводится больше времени. В современной психотерапевтической практике используются также менее формализованные процедуры наведения — «гипноз-беседа» (Беккио Ж., Жюслен Ш., 2001). Довольно часто совмещаются техники разных направлений психотерапии. В качестве примера можно привести когнитивную гипнотерапию Е.Томас-Дауд (2003) и интегративный подход М. Япко (2002), которые эффективно используются в лечении легких депрессий, фобий. В рамках первой части сеанса иррациональные убеждения, лежащие в основе патологических когнитивных схем, прорабатываются на уровне активного сознания, а затем закрепляются в состоянии транса при помощи историй, содержащих метафоры изменений. В экзистенциальной гипнотерапии М. Кинга и Ч. Цитренбаума (1998), применяемой в терапии зависимостей, приемы экзистенциальной конфронтации дополняются элементами ресурсных трансов, направленных на активизацию дальнейшей переработки материала в бессознательном.

Часть VI
Отдельные формы и виды психотерапии

Глава 13
ПСИХОДРАМА

«Для понимания человека как сомато-психо-социального феномена нам требуется модель, с помощью которой можно интерпретировать взаимосвязи между этими тремя категориями», — говорил Якоб Леви Морено.

Эти категории охватывает «триадическая система» Якоба Морено, для краткости называемая в современном мире «психодрамой».

Психодрама — это терапевтический метод, в котором психические и психосоматические заболевания понимаются как проявление нарушений в межличностных отношениях и интеракциях.

Для лечения этих нарушений используется спонтанное сценическое их изображение.

Классическая психодрама — это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира человека. Это делается для развития творческого потенциала человека и расширения возможностей адекватного поведения и взаимодействия с людьми.

Современная психодрама — это не только метод групповой психотерапии. Психодрама используется в индивидуальной работе с клиентами (монодрама), а элементы психодрамы широко распространены во многих областях индивидуальной и групповой работы с людьми. Это групповая психотерапия и активный метод, подход, который объединяет глубинную психологию и терапию поведения.

Датой рождения психодрамы Якоб Морено считал 1 апреля 1921 г., хотя этому предшествовало несколько лет напряженной работы. С тех пор многие из его идей были использованы в психотерапии и смежных областях.

Изучая проблему творчества, Морено пришел к заключению, что способность создавать (творить) является фундаментальным качеством человека.

Теория Якоба Морено в основном опирается на четыре понятия: спонтанность, действие, креативность и культурные объекты («консервы»).

Креативность обычно понимают как творчество.

Культурные объекты («консервы») — это многократно используемые продукты акта творчества, существующие в длительно хранящейся материальной и нематериальной форме: книги, картины, музыка и даже принятые модели поведения.

Спонтанность — ключевое понятие в теории Я. Л. Морено — не означает рефлекторного действия, отсутствия контроля и необдуманности. В психодраматическом смысле спонтанность предполагает способность движения в заданном направлении, а следовательно, она не чужда контроля над собой. Спонтанности можно научиться с помощью разнообразных психодраматических техник. Морено напрямую связывал понятия спонтанности и психического здоровья. Отсутствие спонтанности для него означало эмоциональное нездоровье, а следовательно, целью психотерапии становилось «обучение спонтанности».

Спонтанность проявляет себя как некая форма энергии. Не являясь материальной субстанцией, она познается только через ощущения.

Спонтанность — энергия, которую нельзя накапливать и сохранять. Она поглощается мгновенно и появляется, чтобы быть истраченной в единый миг творения, уступив место последующим проявлениям спонтанности. Внимание концентрируется на настоящем моменте, на «здесь и сейчас», на психологически наиболее значимом отрезке времени.

Четвертой характеристикой спонтанности является ее наблюдаемость. На первый взгляд это свойство противоречит утверждению, что спонтанность — форма энергии. Но на самом деле противоречия нет. Существует особая категория явлений, которые можно описать как «неосязаемую конкретность». Возьмите, к примеру, любовь или ненависть, неосязаемость которых имеет весьма конкретные проявления в поведении.

Таким образом, спонтанность можно определить как адекватную реакцию на новую ситуацию или новую реакцию на старую ситуацию.

Существует несколько форм выражения спонтанности: драматическая, творческая, оригинальная.

Драматическая спонтанность помогает оживить чувства, действия и слова, которые повторяются уже, быть может, в тысячный раз.

Творческая спонтанность способна создать новые идеи, новые виды искусства, новые модели поведения.

Оригинальная спонтанность не связана с творчеством, но позволяет расширить уже существующее, придать ему новую форму.

Для спонтанности важна и адекватность реакции, характеризующаяся правильно выбранным временем и эмоциональной интенсивностью определенного поведения.

Целью терапии является пробуждение спонтанности человека, которая находит выражение в акте творчества, то есть проявлении некой модели поведения в терапевтической ситуации «здесь и сейчас».

Спонтанность должна приводиться в действие в контексте реальных или воображаемых сцен из жизни.

Целительный эффект психодрамы достигается за счет **катарсиса** и **обучения**.

Под катарсисом обычно понимают снятие напряжения. В зависимости от того, кто из участников психодрамы переживает катарсис, он бывает двух видов: катарсис действия и катарсис интеграции.

Катарсис действия — тот, которого может достичь протагонист, то есть активный участник разыгрываемой драмы.

Катарсис интеграции, испытываемый всеми участниками за счет идентификации себя с другими действующими лицами.

Морено описывал поведение с точки зрения ролей и считал, что не роли рождаются из собственного «я», а собственное «я» рождается из ролей. Сущность роли становится немного понятнее, если рассмотреть классификацию ролей с точки зрения Морено. Он выделял психосоматические роли (например, «едок», «спящий человек», «сексуальный партнер»), психологические роли (например, «обиженный ребенок», «спаситель», «проигравший») и социальные роли (например, «полицейский», «мать», «поставщик»).

Анализ внутренних ролей производится с помощью схемы, разработанной австралийской школой.

Все психологические роли разделены на три большие категории: функциональные, дисфункциональные и копинговые. **Функциональные роли** — это те роли, которые помогают человеку успешно разрешать конфликтные ситуации, сотрудничать с другими людьми, способствуют личностному росту. Они делятся на устойчивые и рождающиеся. Устойчивые роли давно обретены к моменту анализа, легко актуализируются при необходимости, они всегда «в доступе». Рождающиеся функциональные роли не столь устойчивы, в одной ситуации они могут сработать, в другой — нет.

Дисфункциональные роли мешают разрешению конфликтных ситуаций, сами могут порождать внешние и внутренние конфликты, ведут к разрушению личности. Они делятся на стабильные и проявляющиеся периодически (или уходящие). Стабильные дисфункциональные роли, как правило, выработаны давно, они проявляются постоянно

в определенном типе ситуаций (например, уход от реальности при любой опасности или намеке на нее). Проявляющиеся периодически роли более специфицированы под ситуацию. Они называются также уходящими, потому что в процессе психотерапии часто достигается тот эффект, что дисфункциональная роль перестает проявляться всегда, становится менее генерализованной, постепенно «уходит» из арсенала ролей.

Отдельное место занимают копинговые роли, роли «совладания». Они не позволяют конструктивно разрешить ситуацию, они не столь креативны, как функциональные роли, но и не столь патологичны, как дисфункциональные. **Копинговые роли** позволяют совладать с ситуацией, отчасти снять напряженность и отсрочить ее разрешение. Копинговые роли делятся на три группы: «движение к», «движение от» и «движение против». Имеется в виду отношение к ситуации, направление внутреннего движения в ситуации. Например, в ситуации агрессии можно попробовать «пристроиться» к агрессору, и такую роль мы отнесем к группе «движение к»; можно выйти из ситуации, например, убежать или попробовать игнорировать агрессивные действия — такие роли мы отнесем к группе «движение от»; третий способ реагирования (неважно, внутреннего или внешнего), относящийся к группе «движение против, — это проявить ответную агрессию.

Ролевой анализ используется, главным образом, как инструмент анализа терапевтического процесса. С его помощью можно увидеть взаимодействие ролей (их конфликт, склейки, переходы друг в друга) и результат, получаемый в конце работы. При благополучном протекании сеанса дисфункциональные и копинговые роли преобразуются в функциональные.

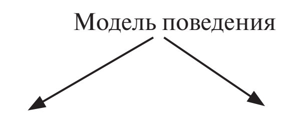
Обучение ролевым играм в психодраме преследует две основные цели: обучение спонтанности и расширение ролевого потенциала (или отказ от некоторых ролей).

В ходе психодраматического процесса используются следующие модели поведения участников имитационных игр (рис. 10).

При проигрывании ролей в процессе постановки используется миметическое поведение, которое различается по характеру применяемого для этого опыта: миметическое копирование и миметическое изображение. Миметическое копирование — точное уподобление экзогенной модели, лично известной участнику инсценировки. Чтобы ее точнее скопировать, не привнося ничего личного, модель должна быть конкретной и определенной, а также должна физически присутствовать на психодраматическом сеансе.

Миметическое изображение — приблизительная имитация экзогенной модели, лично не известной участнику. Модель может вклю-

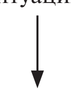
Модель поведения



Эндогенная
В этом случае структуры поведения могут повторять реакции другого лица, но при этом они полностью интернализованы и фактически характеризуют глубоко индивидуальное «я» участника

Спонтанное поведение
Отражающее истинные, неподдельные чувства, отношения, убеждения и навыки, проявляется через непосредственные, ясные и мгновенные реакции на имитируемую ситуацию

Экзогенная
Заимствуется участником с тем, чтобы наиболее эффективно отреагировать на определенную ситуацию



Миметическое поведение
Повторение уже существующих моделей, внешних по отношению к личности

Рис. 10. Модели поведения участников имитационных игр

чать отдельные черты и качества мало знакомых людей или идеалов (например, идеальный возлюбленный, идеальная мать), распространенные в данной культуре коды поведения (например, вежливость, альтруизм) или некие желаемые цели в жизни, для достижения которых следует подражать каким-либо отдаленно знакомым образцам.

Любое психодраматическое заседание подразделяется на три фазы:

1) фаза разминки (35–45 мин) имеет аналитические и диагностические цели; здесь необходимо выявить и собрать любой материал о конфликтах и переживаниях, и это образует основу для психодраматической работы в игровой фазе;

2) игровая фаза (50–90 мин) имеет психокатартические цели; повторением ролевой игры должен быть получен эмоциональный опыт;

3) заключительная фаза — интеграции (35–40 мин), имеет аналитико-коммуникативные цели, анализ с рациональной точки зрения.

Ниже мы подробнее опишем эти три фазы.

Вообще группа психодрамы включает от 8 до 12 человек, помимо этого, участвуют еще руководитель, ко-терапевт, возможно также стажеры, повышающие свою квалификацию, медицинская сестра или социальный работник соответствующего учреждения. Желательно соотношение: 50 % мужчин и 50 % женщин, а также участие клиентов разных возрастов.

Отдельное заседание длится обычно 1,5–2,5 ч (3 ч и более длятся заседания лишь в учебных группах повышения квалификации психологов). Заседания могут происходить один раз в конце недели или же один раз в месяц — 4 заседания разом. Общая продолжительность психодрамы составляет 25–100 ч и меняется в зависимости от цели группы и проблематики отдельных участников.

Участники психодрамы: клиенты консультаций, пациенты в клинике, ученики и педагогические работники (педагогические ролевые игры).

Области применения: психотерапия, работа с молодежью, образование взрослых, предпринимательское консультирование, консультирование организаций, а также супервизирование.

Как и для любой групповой психотерапии, для психодрамы необходимы навыки жизни в группе, то есть каждый отдельный член группы должен быть в состоянии 1,5–2,5 ч активно участвовать в групповом процессе. Хотя пациенты в состоянии острого психоза (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) часто не способны работать в группе, пациенты с психозом в состоянии ремиссии или с затухшей симптоматикой не имеют противопоказаний к психодраме, если только руководитель психодрамы имеет психиатрический опыт. Как и для других групп, в группе психодрамы пациентам с зависимостями (например, алкоголикам) лучше работать совместно с пациентами с той же симптоматикой. Клиенты с сильными страхами должны готовиться к групповой работе в индивидуальном консультировании или психотерапии.

Рассмотрим некоторые техники фазы разминки.

Вспышка. После короткого обдумывания каждый участник группы говорит, что он воспринимает в данный момент, чувствует или хочет сделать.

Идентификация с частью. От членов группы требуют поставить себя на место какого-либо предмета, одежды или части тела и говорить от его имени в Я-форме.

Диалог на ходу. Разговор между руководителем и членом группы, причем внешнее совместное движение должно дать ход также и психическим процессам.

Косвенное представление. После того как участники разобьются по парам и поделятся информацией друг о друге, каждый член группы представляет другим своего партнера.

В качестве заданий для размораживания подходят также любые невербальные упражнения.

К основным техникам игровой (психодраматической) фазы относятся:

Дублирование. Здесь руководитель психодрамы, ко-терапевт или отдельный член группы стоит позади протагониста и вчувствуется в его действия, тон голоса, жестикуляцию. В Я-форме он говорит то, что мог бы сказать протагонист. Хорошее дублирование позволяет протагонисту глубже погрузиться в переживания и этим существенно помогает процессу терапии.

Зеркало. Здесь член группы — часто по просьбе руководителя — копирует по возможности точно или слегка акцентуированно действия, речь протагониста в какой-либо сценке. Вследствие этой конфронтации протагонист получает знание о себе и его поведение изменяется. Поскольку ожидается, что эта конфронтация сильно заденет протагониста, то кто-либо из членов группы должен оказывать ему поддержку. Аналогично с зеркалом происходит осознание себя в раннем детстве.

Смена ролей. Здесь протагонист в игровой сценке исполняет роль другого, причем, насколько это возможно, он думает, чувствует и ведет себя, как этот другой. В истории раннего детства смена ролей соответствует ступени познания другого (Ты) — когда ребенок, например, становится в состоянии понять роль своей матери.

Следующей фазой сеанса является фаза интеграции. По окончании игровой фазы в фазе интеграции должно быть достигнуто рациональное осмысление полученного опыта. Здесь члены группы демонстрируют чувственное участие в играх (в том числе и играх протагонистов). Они, например, вкратце сообщают о похожих событиях из своей собственной биографии, воспоминания о которых были актуализированы игрой (*sharing*). Чувственные реакции в группе возникают в *sharing* тогда, когда протагонист что-либо делает совместно с группой.

В обратной связи протагонист и его партнеры по игре сообщают о переживаниях и опыте, которые они получили в игре в различных ролях (пассивные участники группы также могут сообщать о ролях, с которыми они чувствовали идентификацию во время игры).

Обратная связь бывает двух видов: ролевая и идентификационная. Ролевую обратную связь дают партнеры по игре, по очереди описывая протагонисту чувства, которые появились у них при исполнении отведенных им ролей, а также при изображении протагониста и при обмене ролями. Протагонист тоже выражает свои чувства в различных ролях.

Идентификационную обратную связь дают зрители и ведущий психодрамы, поскольку во время игры они идентифицировались с протагонистом или с одним из изображаемых в психодраме.

Метод психодрамы стал основным подходом, сочетающим новые достижения в области психиатрии, управления, образования, развития потенциальных возможностей человека.

Психодрама — это форма психотерапии, в которой пациент или субъект разыгрывает свои конфликты, а не рассказывает о них.

Клиент или субъект, чья жизненная драма должна быть разыграна, называется протагонистом.

Режиссер, которого можно идентифицировать с терапевтом, это человек, активно влияющий и направляющий все действия протагониста в процессе исследования его проблемы.

Дополнительный «эго» — это любой человек, который играет роль любого участника драмы (включая роль протагониста, в качестве двойника, а также некто, изображающий чувства и мысли протагониста, которые не были выражены). Дополнительный «эго» может играть роль матери, начальника, «общества» и т. д.

Группа является контекстом, в котором большинство психодрам разыгрывается. Кроме того, многие формы психодрамы могут быть использованы в семейной терапии, в условиях учебных аудиторий, в ситуациях с большим количеством участников и т. д. Необязательно, чтобы присутствовала при этом группа участников конфликта. Она может быть заменена несколькими терапевтами, как это делается в психоаналитической драме французского типа. Еще чаще именно из группы выбирают протагониста и дополнительных «эго».

Сцена — это элемент, который можно считать скорее символическим, фактически — это часть комнаты, чаще в центре. Хотя использование стационарной трехуровневой сцены, сконструированной Морено, имеет много преимуществ и существенно облегчает развитие действия, все же такая конструкция не играет решающей роли в постановке психодрамы.

Из предметов мебели использовать можно все, что окажется под рукой. Двух или трех стульев будет вполне достаточно. Остальное может включать: диван, журнальный столик, забавные игрушки (для того, чтобы сделать атмосферу непринужденной), маленькие подушечки или подушки, которые можно будет использовать в качестве объекта для выражения негодования и гнева, несколько коробочек с носовыми платками (на случай появления слез), пластиковые пепельницы.

В литературе сформулированы следующие основополагающие принципы психодрамы.

1. Все конфликты должны разыгрываться. Какие-либо объяснения необходимо свести к минимуму. Пациент постоянно должен побуждаться режиссером к действию на сцене. Действие, а именно физическое движение, должно быть активным, так как это один из

важнейших факторов в создании непринужденной, подбадривающей пациента атмосфере. Всякий раз, как только протагонист становится слишком разговорчивым, режиссеру необходимо перенаправить действие, сделать его новым, придать другое направление: «покажи нам, не рассказывай».

2. Все разыгрываемые конфликты должны происходить по принципу «здесь и теперь». Режиссер помогает протагонисту следить за своей речью и употреблять только настоящее время всякий раз, как только он «соскальзывает» на повествовательность. Такой прием провоцирует спонтанность действия.

3. В психодраме, где в центре протагонист, именно сам герой и выбирает конфликт, который будет разыгрываться. Подобно терапии, фундаментальным правом протагониста является выбор того, что он собирается разыгрывать, как и отказ от навязываемой ему темы. Более того, он (протагонист) задает темп и тон действия. Если он не слишком эмоционален и экспрессивен, следует принимать любые меры, кроме осуждения и неодобрения.

Хотя режиссер может сыграть направляющую роль в действии, а именно: следить за сменой сцен, заменой актеров, обменом ролями и т. д., он использует всю интуицию и опыт в процессе взаимодействия с протагонистом.

4. Психодрама — это театр правды. Это значит, что изображение того, что происходит, предполагает психологическую правду. Не только то, что происходит в процессе взаимоотношений, но и все воображаемое: страхи, обиды, желания, возникающие ассоциации и осуществленные возможности, которые остались за кулисами. Психодрама изображает не только то, что случилось, но, что еще более важно, и то, чего не произошло!

Например, ситуация, когда у протагониста умер один из родителей, с которым он был в конфронтации. Психодрама в таком случае — это единственный повод для протагониста поделиться своими желаниями, сожалением, выразить враждебность, задать вопросы, ответы на которые не услышал при жизни потерянного человека, получить подтверждения своим сомнениям. Герой драмы в таком случае может «проиграть» заново взаимоотношения с идеализированным родителем, обнаружить (обрести) уже забытую теплоту от объятия, удовлетворить голод эмоциональной близости, что возможно лишь в условиях физического контакта. Это так называемая «добавочная реальность» (определение Морено).

Для усиления присутствия психологической правды могут быть использованы монологи протагониста, его мечты, представления о будущем. Не стоит бояться каких-то искажений при высказывании своих фантазий о том, что значимые для него люди думают и чувствуют.

Используя приемы с двойниками, умножения, зеркало и «взгляд со стороны», режиссер помогает протагонисту добиться максимального выражения своих чувств вербально и физически.

Помните о том, что следует постоянно исследовать все потребности и желания, ожидания, которые лежат в основе обид и гнева. Слишком часто режиссеры впадают в объяснение гнева, не слишком углубляясь в скрытые причины, а это, в свою очередь, ведет к «вовлечению» в отношения — зависимость, которая лишь подогревает гнев.

5. Целью психодрамы может стать не только осознание истинных размеров внутреннего опыта, но также и овладение новыми навыками «копирования». Так или иначе, но драма должна найти свое завершение, то есть стать «законченным актом». Таким образом, если протагонист говорит о боязни потери контроля в состоянии аффекта — будь то радость, страх, гнев, скорбь — ему необходимо насытить свой голос посредством полного выражения того или иного чувства в контексте происходящего на сцене действия. Старания помочь протагонисту найти стиль поведения в отношениях с начальником или женой могут оказаться безрезультатными, если истинному отношению к этим людям со стороны протагониста и его сильным страстям нельзя будет высвободиться.

6. Некоторые протагонисты склонны выражать свои эмоции постоянно и бурно — в приступах дурного настроения, истериках и активной жестикуляции, в повседневной жизни. Помочь им скопировать поведение в стиле более сдержанном и «сухом» — может оказаться самой главной целью психодрамы. А такой прием, как обмен ролями в ситуациях, изображающих конфронтацию, может способствовать пониманию протагонистом точек зрения других людей и одновременно поможет увидеть себя со стороны, то есть прием обмена ролями становится приемом зеркала.

7. Не произносите фраз типа «не хотите ли вы попробовать...», старайтесь быть настойчивым и «живым». Уместными будут слова: «Сделайте сейчас...» или «Давайте сделаем...». Но в контексте, когда вам ясно, что протагонист имеет полное право сказать «нет», упорство или, точнее, напористость режиссера недопустима. Тем не менее, нерешительность режиссера может запутать протагониста и всю группу.

Режиссер постоянно должен находиться в активном состоянии, больше двигаться, как бы «подогревать» себя на протяжении всего спектакля. Он должен следить за тем, чтобы ни он сам, ни протагонист не сидели пассивно на стуле. Психодрама может стать до невыносимости нудной и скучной, если взаимодействие протагониста и дополнительного эго на сцене затянется. Необходима смена сцен, замена ролей, поиск новых приемов.

Основные формы психодрамы

Социодрама отличается от психодрамы по своей структуре и целям. Социодрама имеет дело с проблемами, в которых коллективный аспект лежит в основе, тогда как в психодраме рассматривается проблема отдельного индивида или группы индивидов, непосредственно принимающих участие в процессе.

В социодраме целью группы может быть исследование отношений между двумя ролевыми категориями: например, продавцом и покупателем, студентом и преподавателем, молодым человеком и девушкой, родителем и ребенком и т. д. В случае, когда протагонист склонен вдаваться в подробности и мотивы собственной жизни, например в отношения и ситуацию в своей семье, — это, скорее всего, психодрама. В таких случаях приемлемым будет исследование жизни пациента (социодрама может быть трансформирована в психодраму).

Впрочем, если в задачу группы не входит обсуждение личностей, режиссер должен «опустить» исследование постоянно меняющихся личностных мотивов, которые умаляют сущность ролевого конфликта. Например, в социодраме недопустимо смещение сцен в сторону разыгрывания инцидентов из жизни протагониста (имеются в виду разные периоды жизни). Более приемлемым будет исследование различных этапов в отношениях — в этом смысле частая смена сцен возможна, причем это касается этапов, общих в целом для всех отношений. Например, в группе, состоящей из родителей и детей, будет уместно исследовать чувства родителей к приемным детям, при этом нельзя касаться факторов такой проблемы, специфичных для одной определенной семьи (смерть одного из родителей в раннем детстве ребенка). Другой пример: в драме, целью которой является помощь медицинским сестрам-практиканткам в работе с тяжелыми больными, совершенно не допустимо для режиссера фокусирование внимания группы на трудностях, с которыми сталкивается определенная медсестра, необходимо очень деликатно подвести каждого члена группы к мысли о том, что каждый может оказаться на месте протагониста и столкнуться с рассматриваемой проблемой. Здесь режиссер должен сконцентрировать внимание на элементах и моментах сцены, которые отражают наиболее типичные проблемы в работе всех медсестер. Если это психотерапевтическая группа, этот конфликт может оказаться удачным преддверием психодрамы, а именно: исследования внутреннего мира протагониста.

Ролевая игра. Подобно социодраме, ролевая игра является производной от психодрамы. В ролевой игре влияние режиссера на выражение чувств и исследование внутреннего мира, а также конфликта личности с кем бы то ни было не столь важно, так как это — зада-

ча всей группы. Проблема поиска эффективных путей разрешения какой-либо специфичной ситуации (начало разговора, касающегося работы, или отношения с «трудным» подростком) решается в ходе ролевой игры в группе. Следует отметить, что многие авторы используют термины «ролевая игра» и «ролевой тренинг» как эквивалент «психодрамы».

Ролевой тренинг относится к двум основным видам деятельности: 1) использование всего разнообразия психодраматических приемов в процессе группового действия; 2) использование дополнительных видов деятельности, таких как танец, различные игры, все виды искусства, упражнения на сенсорное восприятие, медитация, приемы гештальт-терапии и т. д. В последующем такие дополнительные формы могут быть «вплетены» в оригинальный способ взаимодействия, то есть в вербальную групповую терапию или в общение друг с другом, с тем чтобы усилить когнитивное изучение проблемы.

В настоящее время используется большое число разнообразных вариантов ролевой игры и ролевого тренинга в социальной групповой работе, психотерапии, сензитивном тренинге, в образовании и в работе над развитием потенциальных возможностей человека. Непосредственно или косвенно все эти методы относятся к психодраме так же, как соотносятся между собой вербальные методы и психоанализ.

Глава 14
АРТ-ТЕРАПИЯ

Арт-терапия — совокупность психологических методов воздействия, осуществляемого в контексте творческой деятельности пациента и психотерапевтических отношений с целью лечения, профилактики, коррекции, реабилитации, обучения.

Термин «арт-терапия» может употребляться в широком смысле и обозначать терапию с помощью искусства, творчества пациентов. В узком — обозначать одну из модальностей — **психотерапия посредством изобразительного творчества**, наряду с другими: драматерапия (психотерапия посредством сценической игры), танцевально-двигательная терапия (психотерапия посредством движения и танца) и музыкальная терапия (психотерапия посредством звуков и музыки). В рамках данного методического пособия мы будем говорить, прежде всего, о терапии изобразительным творчеством.

Арт-терапия делится на **пассивную** — анализ, интерпретация восприятия уже существующих произведений искусства, и **актив-**

ную — побуждение участников арт-терапевтического процесса к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной психокоррекционный фактор. Необходимым условием арт-терапии является **психотерапевтический альянс**, что позволяет рассматривать ее как одну из форм психологического консультирования либо психотерапии, в зависимости от направленности арт-терапевтических вмешательств и задач работы специалиста.

Термин «арт-терапия» впервые использовал в 1938 г. врач-терапевт А. Хилл, описывая свою работу по психотерапевтическому сопровождению больных туберкулезом. Вскоре этот метод получил широкое распространение в реабилитации пациентов с психическими и физическими заболеваниями. До 40-х гг. XX в. творчество пациентов, страдающих психическими проблемами, использовалось врачами в основном в диагностических целях. Согласно **психоаналитическим представлениям** результат творческой работы пациентов рассматривался как символическое отражение бессознательных процессов психики (З. Фрейд, К. Юнг).

Исследования Х. Принцхорна и М. Наумбург показали, что рисование, лепка, другие формы занятия искусством позволяют не только диагностировать заболевания пациентов, но проводить терапию. Возможность выразить изобразительными, невербальными средствами свои чувства, состояния помогает осознавать проблемы и работать с ними.

М. Наумбург опиралась на идею З. Фрейда о том, что бессознательное и предсознание заполнено образами без словесных обозначений. Отображение этих образов в процессе арт-терапии позволяет обеспечить доступ к вытесненному материалу и врачу и самому пациенту. Кроме того, эстетическая реакция, возникающая в процессе творчества, связана с катарсическими переживаниями, что обеспечивает снижение напряжения, отреагирование в безопасной обстановке психотерапевтического взаимодействия различных импульсов и эмоциональных состояний.

Творчество в арт-терапии этого направления рассматривается в качестве максимального самовыражения и устранения напряжения за счет возврата к примитивным формам функционирования и удовлетворения бессознательных желаний. Это происходит в процессе сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений (Б. Д. Карвасарский).

Кроме облегчения доступа к вытесненному материалу занятия искусством способствуют улучшению состояния за счет гармонизирующей, оздоравливающей функции творчества. Этот аспект арт-терапии прежде всего рассматривается Э. Крамер и ее последователями. В арт-терапии этого направления именно творческий процесс и эстетиче-

ски ценный результат являются основными терапевтическими факторами. Этот подход в большей степени соответствует **гуманистическим моделям развития личности** (К. Роджерс и др.). Коррекционный эффект арт-терапии рассматривается в связи с самой сущностью искусства, а также с творческим потенциалом человека, который можно освободить, мобилизовать для облегчения самореализации личности. В основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная гармонизация, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

Занятия искусством имеют образовательную ценность. Процесс создания произведения связан с подключением интеллектуальных операций: планирование, организация деятельности, овладение моторными навыками, изобразительными материалами, обсуждение результатов.

Творческое самовыражение связано с развитием когнитивных способностей, выработкой адекватных стратегий поведения и повышением самооценки (Р. Сильвер и др.). Эти аспекты позволяют использовать терапию искусством и в рамках **когнитивно-бихевиорального подхода**.

Совместное творчество объединяет участников арт-терапевтического процесса, позволяет преодолеть социальную изоляцию, свойственную людям с психическими проблемами, развить **коммуникативные навыки**. В процессе творческого самовыражения человек легче преодолевает дистанцию в общении с другими людьми, вырабатывает адаптационные стратегии **социальной интеграции**.

Пластическое изображение оказывает физическое и координационно-кинетическое влияние на организм и психику, что способствует восстановлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Непосредственное оздоравливающее воздействие на организм оказывают цвета, линии, формы.

Функции арт-терапии:

1. Диагностическая — дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии. Наглядно демонстрирует динамику терапевтического процесса.

2. Адаптивная — помогает снять тревогу при работе с тяжелыми переживаниями, преодолеть сопротивление к психотерапевтическому процессу, способствует укреплению терапевтических взаимоотношений и отношений в группе, развитию эмпатии и положительных чувств. При помощи зрительных образов пациенту зачастую легче выразить свои переживания, чем в разговоре во время вербальной психотерапии.

3. Коммуникативная — способность изобразительного материала передавать информацию о ценностях и представлениях от одного чело-

века к другому, а также являться инструментом коммуникации между внешним и внутренним миром, сознательным и бессознательным.

4. Регуляторная, или социализирующая, — в основном направлена на коррекцию поведения, предоставляет пациентам возможность для выражения социально неприемлемых, отрицаемых чувств (агрессивных, сексуальных) в социально приемлемой манере; способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка, навыков планирования и организации деятельности.

5. Экспрессивно-катартическая — обеспечивает разрядку эмоционального напряжения за счет экспрессивности, выражения неосознаваемых переживаний, моторной активности, чем ускоряет прогресс в терапии.

6. Объективизирующая — способность изобразительного продукта делать зримыми скрытые конфликты и внутренние переживания, потребности, установки, опредмечивать их.

7. Стуктурирующая — способствует упорядочиванию собственных чувств и потребностей в процессе создания изобразительного продукта.

8. Смыслообразующая — позволяет осознать смысл переживаний.

9. Фунция рефрейминга — изменение характера восприятия образа или его смысла.

10. Контейнирующая — способность изобразительного продукта накапливать психологические чувства, энергию либидо, трансформировать ее в более сложные формы.

11. Защитная — способность изобразительного продукта удерживать чувства клиента в рамках визуального образа, давать участнику чувство безопасности, власти над сильными переживаниями.

12. Развивающая — помогает в освоении новых или развитии имеющихся навыков, например приобретение нового когнитивного опыта, способности осознавать переживания, переводить внутренний опыт во внешние образы; усиление ощущения собственной личностной ценности.

Психотерапевтический арсенал расширяется также за счет психологических функций изобразительного материала и продукта (Копытин А. И., 2003).

Показания к арт-терапии. Арт-терапия может использоваться как самостоятельный метод лечения, коррекции, реабилитации, обучения или входить в общий курс психотерапевтических мероприятий.

Особенно успешен этот метод в терапии пациентов с выраженными затруднениями в области осознания и вербализации собственных переживаний (дети, подростки, депрессивные пациенты, пациенты с зависимостями, психосоматическими заболеваниями).

Элементы арт-терапии, используемые в индивидуальных консультациях, при работе с различными категориями пациентов способствуют созданию безопасной атмосферы на начальных стадиях лечения, помогают справиться с сопротивлением в кризисные моменты и зафиксировать положительные результаты в конце курса.

Использование арт-терапевтических приемов в групповой психотерапии позволяет ускорить развитие группы, поддерживать необходимый баланс между напряжением и сплоченностью, привлекать участников к общей работе.

Использование арт-терапии должно быть оправдано общей целью терапевтической работы, планом коррекционных мероприятий и всегда завершаться обсуждением процесса и результата.

Психотические расстройства не являются однозначным противопоказанием к арт-терапии. Однако опасность провоцирования сильных переживаний и мало предсказуемых поведенческих реакций требует особой осторожности, продуманности и учета индивидуальных особенностей пациентов в применении экспрессивных методов. Кроме того, экспрессивные методы облегчают процесс регрессирования к раннему травматическому опыту в процессе художественного творчества, что может вызвать ухудшение состояния пациента, так как тяжелые психические нарушения не позволят интегрировать пережитый опыт. Терапия искусством в этом случае требует высокой квалификации специалиста не только в области арт-терапии, но и в психиатрии, и психотерапии психотических расстройств.

Оборудование кабинета (студии) арт-терапии. Для занятий арт-терапией могут использоваться отдельное помещение, комната для групповых или индивидуальных занятий. Желательно, чтобы помещение было достаточно просторным, для того чтобы разделить его на рабочее пространство и зону для обсуждения. Если в самом кабинете или поблизости будет источник воды, это позволит сэкономить силы и время занятия. Помещение должно быть хорошо освещено и оборудовано столами и стульями для занятий изобразительным творчеством, а также необходимыми материалами — красками, карандашами, плотной бумагой разных размеров, клеем, журналами, ножницами, пластилином и т. д. Расходные материалы должны быть хорошего качества и постоянно обновляться, что создает необходимую творческую атмосферу и повышает ценность занятий в глазах пациентов. Творческому самовыражению способствует сопровождение процесса фоновой музыкой или специально подобранными музыкальными произведениями.

Арт-терапия в психотерапевтическом процессе. Арт-терапия включается в процесс основного лечения как вспомогательный метод, способствующий преодолению сопротивления в процессе лечения,

а также применяется как самостоятельный метод терапии, обеспечивающий пациентам дополнительные стратегии осознавания проблем и совладания с собственными патологическими реакциями.

Изобразительная деятельность осуществляется в присутствии специалиста (арт-терапевта), который создает психологически безопасную среду, помогает пациенту творчески проявить себя, а также организовать и осознать свой опыт. Таким образом, в арт-терапии мы имеем дело с совокупностью **трех основных лечебно-коррекционных факторов** — творчество пациента, психотерапевтические отношения, вербализация.

Для введения пациентов в арт-терапию необходимо снять напряжение, связанное с необычностью лечебной процедуры, отсутствием навыков изобразительного творчества. Пациентам нужно дать возможность освоить материал — краски, карандаши и т. д. На начальных этапах могут помочь нестандартные приемы рисования — рисование пальцами, рисование на влажной бумаге, создание абстрактных фигур и т. д. В качестве подготовки к арт-терапии можно использовать **рисунки контуров**. Участники обводят контур ладони и раскрашивают пространство внутри и снаружи, символически изображая, например, внешний и внутренний мир (границы ладони — то, что внутри, остальной лист — то, что снаружи). Варианты заданий: «мое имя», «мои интересы», «я и другие», «что я хочу сказать миру», «мои цели» и т. д. Введению пациента в творческий процесс также способствуют **медитативные техники** в начале занятий.

Рисование или лепка могут быть на свободную тему или на темы, заданные арт-терапевтом. На первых занятиях пациентам лучше предлагать темы и формы рисунков. Раскрытию эмоциональных переживаний пациентов может мешать отсутствие навыков рисования. Опасение, что рисунок не сможет отразить переживания, окажется «детским», «низкого» качества, не позволяет сосредоточиться на передаче своих состояний, возникает потребность в ущерб содержанию сделать рисунок привлекательным по форме. В результате пациенты рисуют не то, что хотели бы, а то, что умеют рисовать. Чтобы максимально освободить творческую энергию, необходимо перенести акцент с техники выполнения рисунков на содержание. Рисование абстрактных фигур в качестве обязательного условия дает возможность, не беспокоясь о технике и результате, сосредоточиться на передаче внутренних образов.

Темы произведений должны быть подобраны с учетом ситуации пациентов, их индивидуально-личностных особенностей, этапов психотерапевтического процесса.

Темы индивидуальных рисунков могут быть направлены на познание себя, расширение кругозора, активацию пациента, повышение

творческого потенциала, выработку навыков, проработку скрытого или явного конфликта, проективную диагностику. Приведем примеры часто встречаемых тем для индивидуальной работы с пациентами.

Рисование чувств. В курсе арт-терапии участникам предлагается на каждом занятии изображать какое-либо чувство, внутреннее состояние, настроение. Эта техника позволяет освоить навык осознания собственных переживаний, их анализа, вербализации. Может использоваться в качестве вспомогательной техники на начальных стадиях групповой психотерапии и для преодоления ангедонии.

> *Инструкция*: «Сейчас у вас будет возможность изобразить чувство печали (страха, гнева и др.). Вспомните, когда вы в последний раз переживали его. Какого оно цвета? Какой формы? С чего начинается это переживание, как развивается и чем заканчивается? Попробуйте изобразить это чувство. Используйте абстрактные образы и заполните весь лист».

Лучше начинать с негативных и «простых» чувств — страх, горе и т. д. Постепенно переходить к различным нюансам и состояниям — нарисовать отвращение, зависть, обиду и др. Завершать курс следует позитивными чувствами, чувствами, возникающими у участников в данный момент, чувствами по отношению к группе, ситуации расставания и т. д.

Не менее половины времени сессии отводится обсуждению рисунков. Участники рассказывают о своих впечатлениях в процессе рисования, поясняют выбранные образы. Арт-терапевт задает вопросы и поощряет вопросы участников друг к другу.

Рисование ситуаций и состояний. «Болезнь», «Развод», «Конфликт», «Прошлое», «Здоровье», «Успех» и др. Упражнение помогает анализировать актуальные для пациентов ситуации, прояснять проблемы, формулировать цели. Процедура проведения та же, что и в «рисовании чувств».

Рисование отношений. Рисунки «Семья», «Мужчина и женщина», «Я и другие», «Ссора», «Любовь» и др. Упражнение позволяет выявлять сложности в отношениях, неадаптивные стратегии взаимоотношений, дефициты, желаемые отношения. Может использоваться в групповой психотерапии в качестве подготовки к тематической дискуссии.

Проблема и решение. Перед началом рисования можно предложить участникам вспомнить свои трудные ситуации. Для усиления эффекта провести медитацию-визуализацию.

> *Инструкция*: «Сейчас у вас есть возможность вспомнить ситуацию, которая казалась вам трудной, неразрешимой, вызывала негативные переживания. Вспомните, что происходило, как это выглядело. Может быть,

это был конфликт с другими людьми, или вы переживали нечто в одиночестве... Представьте себе, что вы сидите в зрительном зале и смотрите фильм про эту ситуацию... Кто еще участвует в ней? Где это происходит? Какие чувства вы испытываете? В чем главная сложность этой ситуации для вас? Вы можете смотреть этот фильм про себя, оставаясь наблюдателем, зрителем, не только переживать, но и оценивать ситуацию... Возможно, сейчас вам приходят в голову и другие сложные случаи из вашей жизни... Есть ли в них что-то общее? Может быть, вам удастся вспомнить ситуацию, в которой вы впервые пережили подобные чувства? Продолжайте просто наблюдать... Возможно, сейчас перед вашим мысленным взором проходят какие-то образы, отрывочные воспоминания, лица и т. д.».

После медитации предложите участникам нарисовать образ проблемы. Следующим шагом предложите участникам придумать или представить в медитации способы решения проблем, найти в себе силы и ресурсы для реализации этих способов.

Инструкция: «Сейчас у вас будет возможность побыть наедине с собой. Вспомните еще раз свои трудные ситуации, возможно, сейчас они не кажутся столь сложными и неразрешимыми. Сейчас вы точно знаете, что у вас есть силы, возможности, способности переживать и решать проблемы. Возможно, пока вы не знаете о них ... а, может, просто забыли о своих способностях... Сейчас у вас будет возможность вновь почувствовать, заново пережить ощущение собственных сил... и т. д.»

После медитации участникам предлагается продолжить работу с образом проблемы — найти возможности изменить его, переделать.

Ресурсные техники. Как правило, проводятся с использованием медитации. Такими могут быть «Любимое место», «Тишина и покой», «Росток», «Зародыш», «Звуки природы», «Ситуация успеха» и др.

Мой герб. После краткого представления участников, ведущий предлагает придумать и нарисовать свой герб. В гербе с помощью символических образов, форм, цвета необходимо передать особенности личности, истории, свои установки, жизненное кредо. После выполнения задания участники обсуждают гербы друг друга, сравнивают свои впечатления от рисунков, рассказывают, что нового им удалось узнать об участниках группы и т. д.

Портрет. Участникам предлагается нарисовать свои портреты. В процессе рисования участники не должны видеть портреты друг друга. Ведущий собирает рисунки и предъявляет их группе по одному. Автор не называется. Участники делятся своими впечатлениями. Ведущему необходимо ориентировать группу на обсуждение чувств, которые вызывает рисунок, впечатление, которое производит человек,

изображенный на рисунке. После завершения обсуждения автор рисунка рассказывает о своих впечатлениях от обсуждения — что было для него приятным в оценках группы, что удивило и т. д.

Для развития навыков вербальной и невербальной коммуникации, разрешения конфликтов выполняются **упражнения в парах и в группе.**

Разговор. Упражнение выполняется в парах. Сидя спиной друг к другу, участники на одном листе бумаги рисуют то, что хотели бы сказать. После нескольких сообщений обсуждают в парах, удалось ли общение, насколько был понятен смысл образов и т. д. В группе участники делятся своими впечатлениями от упражнения.

Темами парных рисунков могут также стать «Ведущий и ведомый», «Немой диалог», «Рисунок одним карандашом» и др.

Групповые техники арт-терапии могут применяться для знакомства участников друг с другом, развития сплоченности группы, выявления роли пациента в группе, преодоления тревоги и напряжения, освоения навыков коммуникации невербальными и вербальными способами, прояснения скрытых конфликтов, мотивов, получения обратной связи о собственной личности. Группа, являясь микросоциумом, способствует проявлению наиболее типичных для пациентов конфликтов, что способствует их проработке. Как правило, участникам предлагается выполнить рисунки на одном листе (ватмане) или, после завершения обсуждения, соединить отдельные рисунки и перейти к обсуждению получившихся коллективных образов.

Мое отражение. Участники поочередно прислоняются к ватманам, закрепленным на стене, в позе, наиболее для них характерной, отражающей их эмоциональное состояние. Участники обводят контуры друг друга. Раскрашивая свои контуры, участники должны передать цветом, линиями, образами характерные телесные ощущения — напряжения, зажимы, боль и т. д. Группа получает «психосоматические» портреты, изображение характерных поз, жестов и телесных ощущений. При обсуждении ведущий делает акцент на взаимосвязи телесных ощущений и эмоциональных переживаний, особенностях личности автора рисунка. После обсуждения можно вернуться к получившимся образам и нарисовать на них желаемые очертания, телесные ощущения и т. д. К коррекции рисунков можно вернуться на последних групповых занятиях для наглядной демонстрации динамики. Поскольку упражнение связано с телесным контактом между участниками, его выполнение способствует уменьшению физической и эмоциональной дистанции.

Дом в городе. На ватмане участникам предлагается нарисовать дом, каким бы они хотели его видеть. После обсуждения особенностей личного пространства участников, группе предлагается рассмотреть общий рисунок — воображаемый город группы — поделиться своими

впечатлениями, чувствами, мыслями, которые у них вызывают рисунки друг друга, найти общие черты, настроения, переживания. После завершения обсуждения группа заполняет оставшуюся часть ватмана — рисует общее пространство. При обсуждении делается акцент на настроении рисунка, вкладе каждого участника в общий рисунок, наличии (отсутствии) связей на рисунке — дорожек между домами и т. д. Эта техника может применяться на переходе к рабочей стадии как мягкий вариант социограммы. В этом случае ведущий предлагает участникам после завершения рисования домов нарисовать дорожки к домам участников, которые им наиболее близки, к которым бы хотелось ходить в гости и т. д.

Волшебный магазин. Участники рисуют на отдельных листах свои качества, черты характера, которые им нравятся в себе и которые мешают, от которых бы хотелось избавиться. Все рисунки «хороших», «полезных» качеств — ассортимент волшебного магазина. Рисунки «плохих» качеств — деньги. Один из участников становится продавцом в магазине, другой покупателем. Покупатель может купить недостающие качества, но только предложив продавцу взамен то, от чего хотелось бы избавиться. Его задача — показать продавцу важность «негативных» чувств, их ценность. Например, покупатель хочет приобрести уверенность и избавиться от страха. Он должен убедить продавца, что страх тоже важен и нужен — предохраняет от необдуманных поступков, защищает и т. д. Если покупателю удается убедить продавца, происходит обмен. Покупателю дается рисунок с изображением уверенности и забирается рисунок его страха. После обсуждения играет следующая пара участников и т. д. Упражнение способствует самораскрытию, анализу собственной личности, наглядно показывает участникам, что не существует однозначно плохих и хороших качеств, черт, переживаний. Для полноценной жизни нам необходимо испытывать весь спектр эмоций — переживать сомнения и неуверенность, горе, страх, гнев, отчаяние. Только в этом случае нам будут доступны «положительные» переживания — уверенность в себе, радость, беспечность, сила, терпение и т. д.

С развитием арт-терапевтической группы необходимо инициировать самостоятельность участников в выборе тем, способов исполнения произведений, делать акцент на изображении актуальных переживаний, ситуации в группе. Эффективным завершением работы арт-терапевтической группы может стать подготовка и реализация совместного проекта — изготовление группового рисунка, коллажа и т. д.

Глава 15
ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Телесно-ориентированной психотерапией называется группа психотерапевтических методов, ориентированных на изучение тела, осознание клиентом телесных ощущений, на исследование того, как потребности, желания и чувства проявляются в различных телесных состояниях, и на обучение реалистическим способам разрешения проблем, используя техники работы с телом. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из направлений мировой психотерапии. Или иначе — под термином «телесно-ориентированная психотерапия» подразумевается группа психотерапевтических методов, направленных на исцеление болезней посредством работы с телом, с запечатленными в теле переживаниями и внутренними конфликтами индивида. Действие методов телесно-ориентированной психотерапии нередко бережнее и эффективнее так называемой «вербальной» психотерапии.

Цели телесно-ориентированной психотерапии отличаются от целей, лежащих в основе физической подготовки, физкультуры и т. п.

Методы телесно-ориентированной психотерапии представлены довольно широко, среди них наиболее известны характерологический анализ В. Райха, биоэнергетический анализ А. Лоуэна, концепция телесного осознавания Фельденкрайза, метод интеграции движений Ф. Александера, метод чувственного сознавания (Ш. Селвер и Ч. Брукс), структурная интеграция, или рольфинг, техники биосинтеза, бондинга, оригинальная отечественная методика — танатотерапия. Близкими к телесно-ориентированной психотерапии являются методики, фрагменты которых могут использоваться в работе с пациентами: розен-метод, биологическая энергетическая системная терапия, инсайт-метод, различные виды двигательной и танцевальной терапии, включая анализ движений (Р. Лабан) и техник актерского мастерства, телесно-дыхательные и звуковые психотехники, а также восточные виды телесных практик.

Исторические корни телесно-ориентированной психотерапии лежат в работах Ф. Месмера, Ш. Рике и Ж-П. Шарко, И. Бернхайма, В. Джемса и П. Жане, в одном ряду с которыми стоит теория И. М. Сеченова о «мышечном чувстве». Основой для возникновения телесно-ориентированной психотерапии послужили практический опыт и многолетние наблюдения взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Считалось, что преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким из-

менениям понимания поведения человека. Согласно данным многих авторов, широкую известность и систематизированное оформление телесно-ориентированная психотерапия получила благодаря работам В. Райха, начиная с конца 30-х гг. XX в. В. Райх начинал свою работу как психоаналитик непосредственно под руководством З. Фрейда. Первым принципиальным новшеством, введенным Райхом в практику психоанализа, был переход от анализа отдельных симптомов к анализу характера пациента. Вторым наблюдением Райха стал феномен «заключения характера в панцирь», или механизации душевной жизни, возникающий как результат подавления и сдерживания эмоций под воздействием общественных стереотипов и авторитарной семейной атмосферы. «Человеку приходится сдерживать экспрессивные компоненты эмоций за счет мышечного напряжения», — считал В. Райх. Поэтому на функциональном, физиологическом уровне райховский «психологический панцирь» идентичен «мышечному панцирю». Третьим новшеством системы Райха стало введенное им понятие «биопсихической», или вегетативной, энергии, нормальное распределение которой в организме является основой душевного и физического здоровья, а нарушения свободного протекания составляют патогенез неврозов и других болезненных состояний. При этом источник энергии невроза создается в процессе обыденной душевной жизни дисбалансом между накоплением и расходованием насыщающей ее вегетативной энергии. Тем самым, по мысли Райха, невротическое состояние отличается от психологического здоровья именно наличием застойного эмоционального возбуждения и его телесного эквивалента — застойных очагов вегетативной энергии (так называемых неотреагированных эмоций). Таким образом, Райхом был предложен патогенетический способ лечения неврозов — вегетотерапия, или восстановление нормального протекания вегетативной энергии путем воздействия на блокирующие ее поток участки хронически повышенного мышечного тонуса, а также особым образом регулируемого дыхания.

Основные школы и методы телесно-ориентированной психотерапии

Характерологический анализ В. Райха. Вильгельм Райх — австрийский психиатр, представитель неопсихоанализа. Он предложил структуру личности, состоящую из трех независимых уровней. «Поверхностный уровень» образуют социально одобряемые формы межличностных коммуникаций под воздействием социальных ценностей общества. «Промежуточный уровень» представляет собой импульсы, включающие агрессивно-садистические влечения и влечения либи-

до. «Глубинный уровень» — это природно-социальные импульсы, имеющие подлинно человеческий характер; здесь человек является эмоционально здоровым, гармоничным, способным на искреннюю любовь.

По мнению Райха, характер человека включает постоянный «набор» защит. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Райх пришел к выводу, что мышечный и психологический панцирь — одно и то же. Эмоции, блокированные таким образом, никогда не устраняются, потому что не могут полностью проявиться. Эти блоки (мышечные зажимы) искажают и разрушают естественные чувства, в частности подавляют сексуальные чувства, мешают полноценному оргазму.

В. Райх начал с применения техники характерного анализа к физическим позам. Он анализировал в деталях позы пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам осознать, как они подавляют жизненные чувства с помощью напряжений в различных частях тела. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его, прочувствовать его и выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он увидел, что только после того как подавляемая эмоция находит свое выражение, пациент может полностью отказаться от хронического напряжения или зажима.

В. Райх помогал пациентам осознать их характерные черты, часто имитировал их характерные черты или позы или просил самих пациентов повторять или преувеличивать штамп поведения — например, нервную улыбку. Когда пациенты переставали принимать свой характерный способ поведения как само собой разумеющийся, их мотивация к изменению возрастала.

Он полагал, что каждое характерное отношение имеет соответствующую физическую позу и что характер индивидуума выражается в его теле в виде мышечной ригидности или мускульного панциря.

В. Райх считал, что хронические напряжения блокируют энергетические потоки, лежащие в основе сильных эмоций. По В. Райху, человек может освободиться от блокированной эмоции, только полностью пережив ее; причем отрицательные эмоции должны быть проработаны прежде, чем могут быть пережиты позитивные чувства, которые ими замещаются.

Райх подчеркивал важность освобождения, расслабления «мышечного панциря» в дополнение к анализу психологического материала, потому что он рассматривал ум и тело как нерасторжимое единство. Райх стремился к распусканию защитного панциря, блоков чувствования, которые искажают психологическое и физическое функционирование человека; рассматривал терапию как средство

восстановления свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков «мышечного панциря», поэтому и назвал свой метод лечения неврозов «биофизической оргонной терапией».

При работе с «мышечным панцирем» В. Райх обнаружил, что освобождение хронически зажатых мышц часто порождает особые физические ощущения — чувство тепла или холода, покалывание, зуд или эмоциональный подъем. Он полагал, что эти ощущения возникают в результате высвобождения вегетативной или биологической энергии.

По мнению В. Райха, «мышечный панцирь» представляет собой 7 основных защитных сегментов, состоящих из мышц и органов соответствующих функций. Эти сегменты образуют ряд из 7 горизонтальных колец, находящихся под прямым углом к позвоночнику. Основные сегменты панциря располагаются в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза:

1-й сегмент — глаза. «Защитный панцирь» в области глаз проявляется в неподвижности лба и «пустом» выражении глаз. Распускание осуществляется посредством раскрывания глаз так широко, как только возможно, а также свободными движениями глаз, вращением и смотрением из стороны в сторону.

2-й сегмент — рот. Оральный сегмент включает мышцы подбородка, горла и затылка. Этот сегмент удерживает эмоциональное выражение плача, крика, гнева, кусания, сосания, гримасничанья. «Защитный панцирь» может быть расслаблен клиентом путем имитации плача, произнесения звуков, мобилизующих губы, кусания, рвотных движений и посредством прямой работы над соответствующими мышцами.

3-й сегмент — шея. Этот сегмент включает мышцы шеи и язык. «Защитный панцирь» удерживает в основном гнев, крик и плач. Средством распускания панциря являются крики, вопли, рвотные движения и т. п.

4-й сегмент — грудь (широкие мышцы груди, мышцы плеч, лопаток, грудная клетка, руки с кистями). Этот сегмент сдерживает смех, печаль, страстность. Сдерживание дыхания, являющееся важным средством подавления любой эмоции, осуществляется в значительной степени в груди. «Панцирь» может быть распущен посредством работы над дыханием, в особенности осуществлением полного выдоха.

5-й сегмент — диафрагма. Этот сегмент включает диафрагму, солнечное сплетение, различные внутренние органы, мышцы нижних позвонков. Панцирь здесь удерживает в основном сильный гнев. Нужно в значительной степени распустить первые четыре сегмента, прежде чем перейти к распусканию пятого посредством работы с дыханием и рвотным рефлексом.

6-й сегмент — живот. Сегмент живота включает широкие мышцы живота и мышцы спины. Напряжение поясничных мышц связано со страхом нападения. «Защитный панцирь» связан с подавлением злости, неприязни.

7-й сегмент — таз (все мышцы таза и нижних конечностей). Чем сильнее защитный панцирь, тем более таз вытянут назад, торчит кзади. Тазовый «панцирь» служит подавлению возбуждения, гнева, удовольствия. «Панцирь» может быть распущен посредством мобилизации таза, а затем лягания ногами и ударения кушетки тазовой областью.

Терапия В. Райха состоит, прежде всего, в распускании «панциря» в каждом сегменте, начиная с глаз и заканчивая тазом. Каждый сегмент более или менее независим, с ним можно работать отдельно. Действия, необходимые для распускания панциря:

1) накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания;

2) прямое воздействие на хронические мышечные зажимы посредством давления, пощипывания и т. д.;

3) открытое рассмотрение совместно с клиентом сопротивлений и эмоциональных ограничений, которые при этом выявляются.

В. Райх обнаружил, что по мере того как пациенты обретают способность полной «генитальной отдачи», фундаментально меняется и все их бытие, включая стиль жизни.

Разработанные В. Райхом методики дыхания, эмоционального раскрепощения, усиления напряжения в заблокированных областях тела легли в основу биоэнергетики, структурной интеграции (рольфинга) и других психотехник.

Таким образом, Райха считают первопроходцем в области психологии тела и телесно-ориентированной психотерапии.

Структурная интеграция (рольфинг). Метод структурной интеграции (или рольфинг) разработала Ида Рольф. Он является прямым физическим вмешательством, используемым для психологической модификации личности, но основан на психотерапевтических взглядах Райха.

По мнению Рольф, хорошо функционирующее тело остается прямым и вертикальным с минимумом затрат энергии, несмотря на силу тяготения, но под влиянием стресса оно может приспосабливаться к последнему и искажаться. Наиболее сильные изменения происходят в фасции — соединительной оболочке, покрывающей мышцы.

Структурная интеграция — это система, стремящаяся вернуть телу правильное положение и правильные линии посредством глубоких и часто болезненных вытягиваний мускульных фасций, сопровождаемых прямым глубоким воздействием.

Цель структурной интеграции — привести тело к лучшему мышечному равновесию, к лучшему соответствию линиям тяжести, ближе к

оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку. Это ведет к уравновешенному распределению веса основных частей тела — головы, груди, таза и ног, — к более грациозным и эффективным движениям.

Рольфинг работает, прежде всего, с фасциями — связующей тканью, которая поддерживает и связывает мускулы и скелетную систему. Рольф указывала, что психологическая травма или даже незначительное физическое повреждение может выразиться в небольших, но постоянных изменениях тела. Кости или мышечная ткань оказываются немного смещенными, и наращивание связующих тканей препятствует их возвращению на место. Нарушение линий происходит не только в месте непосредственного повреждения, но также и в довольно отдаленных точках тела в порядке компенсации. Например, если человек бессознательно щадит поврежденное плечо в течение длительного времени, это может воздействовать на шею, на другое плечо, на бедра.

Целью рольфинга является манипулирование мышечной фасцией и ее расслабление, с тем чтобы окружающая ткань могла занять правильное положение. Процесс терапии основан на глубоком массаже с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей. Этот массаж может быть очень болезненным. Чем сильнее напряжение, тем сильнее боль и тем больше необходимость в подобном манипулировании. Вследствие взаимосвязи фасций всего тела напряжение в одной области оказывает выраженное функциональное компенсаторное влияние на другие области.

Определенные виды эмоциональных проблем часто связаны с конкретными областями тела. Массаж соответствующей области тела ослабляет напряжение и ведет к эмоциональной разрядке. Процедура рольфинга зачастую связана с болью и возможностью структурных повреждений тела. Метод особенно эффективен в случаях, когда «мышечная броня» и напряжение достигают значительной степени.

Процедура рольфинга состоит из 10 основных занятий, во время которых происходит реорганизация движения в суставах. Как и в терапии Райха, основное значение для общего здоровья имеет таз. В течение сеансов структурной интеграции обычно выполняется следующие занятия:

1-е занятие охватывает большую часть тела, со специальным фокусированием на тех мышцах груди и живота, которые управляют дыханием, а также на бедренных связках, которые управляют подвижностью таза;

2-е занятие концентрируется на ступнях, преобразованиях ног, лодыжках, выравнивании ног с туловищем;

3-е занятие посвящается преимущественно вытягиванию боков, в особенности большим мышцам между тазом и грудной клеткой;

4-е, 5-е и 6-е занятия посвящаются высвобождению таза; сделать таз более подвижным и вписанным в остальные линии тела считается одной из важных задач рольфинга;

7-е занятие — концентрация на шее и голове, на мускулах лица;

8-е, 9-е и 10-е занятия — в основном, организация и интеграция тела в целом.

Работа над определенными участками тела нередко высвобождает старые воспоминания и способствует глубоким эмоциональным разрядам. Вместе с тем, целью рольфинга является преимущественно физическая интеграция, психологические аспекты процесса не становятся предметом специального внимания. Многие из тех, кто сочетал рольфинг с той или иной формой психологической терапии или работой роста, отмечали, что рольфинг помогает освободить психологические и эмоциональные блоки, способствуя продвижению в других областях.

Биоэнергетический анализ А. Лоуэна. Биоэнергетика — это современный метод психотерапии, уходящий корнями в техники работы Вильгельма Райха, австрийского психоаналитика, который обогатил психоанализ так называемой работой с телом (*body-work*). Создатель биоэнергетики — американский психиатр и психотерапевт Александр Лоуэн (родился в 1910 г.) был его пациентом, затем студентом и сотрудником. Взяв у Райха основные понятия об энергетической основе психофизических процессов, он развил свою концепцию психотерапии и основал в 50-х гг. XX в. Институт биоэнергетического анализа в Нью-Йорке. На протяжении последующих тридцати лет возникло несколько десятков подобных учреждений во многих странах.

Биоэнергетика рассматривает функционирование психики человека в категориях тела и энергии, считая подавление чувств источником неврозов, депрессий и утраты самоотождествления, которое проявляется в виде хронических мышечных напряжений, блокирующих свободное течение энергии в организме. В раннем детстве проявляются, а затем закрепляются специфические навыки избегания боли, отчаяния и страха и способы получения безопасности и любви окружающих. Они приводят к развитию структуры характера человека, который складывается из искаженного образа мира и собственной личности, ригидных схем поведения и чувств, а также ограничивающих жизненность организма паттернов «самообладания», называемых также «панцирем характера». Таким образом, физический облик человека символически отражает его психику. Терапия состоит из познавания структуры характера и «оживления» замороженных в теле эмоций. Это приводит к освобождению больших запасов энергии, затрачиваемых до этого на сдерживание телесных импульсов, которые могут теперь быть использованы для формирования менее стереотип-

ных, более творческих вариантов приспособления и развития индивидуальности. Особое значение имеет восстановление свободного дыхания, нарушение которого тесно связано со страхом. Целью терапии является разблокирование ограничений развития личности. В центре внимания находится эго и интеграция его с организмом. Удовлетворение основных эмоциональных потребностей и личных стремлений без лишних затрат энергии связывается с реалистической ориентацией в окружающем мире. Зрелая личность имеет контакт с внутренней энергетической пульсацией организма и изменяющимися чувствами. Она в состоянии в равной степени как контролировать их экспрессию, так и отключать самоконтроль, отдаваясь потоку спонтанности (например, во время оргазма, в творческом экстазе и т. д.). Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам: страху, боли, злости и отчаянию, так и к приносящим удовольствие переживаниям: сексу, радости, любви и сочувствию. Телесным выражением эмоционального здоровья является грация движений, хороший мышечный тонус, хороший контакт с окружающими людьми и с почвой под ногами (в терминологии биоэнергетики — это «заземленность»), ясный взгляд и мягкий приятный голос. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, биоэнергетика использует прикосновение и давление на напряженные мышцы, глубокое дыхание и специальные позы. Пациент выполняет упражнения, расширяющие осознавание тела, развивающие спонтанную экспрессию и психофизическую интеграцию.

Метод Ф. М. Александера. Франц Матиас Александер был австралийским актером. Он страдал повторяющейся потерей голоса, для которой не находили органических причин. Посредством длительного самонаблюдения он обнаружил, что потери голоса были связаны с давящим движением головы назад и вниз. Научившись подавлять эту привычку, Александер перестал страдать от ларингита; кроме того, исключение давления на шею оказало позитивное действие на все его тело. Работая над собой, Александер создал технику обучения интегрированным движениям, основанную на уравновешенном отношении между головой и позвоночником.

Ф. Александер полагал, что предпосылкой свободных естественных движений является наибольшее естественное растяжение позвоночника. Формула метода Александера: «Освободить шею, чтобы дать голове сдвинуться вперед и вверх, чтобы дать больше удлиниться и расшириться».

Цель состоит не в том, чтобы вовлекаться в какую-либо мышечную деятельность; ученик стремится дать телу автоматически приспособиться во время концентрированного повторения формулы, а на уроке — при реагировании на руководящие движения учителя. На

уроке прорабатываются движения из обычной повседневной деятельности, и ученик постепенно научается применять принципы техники. Равновесие между головой и позвоночником обеспечивает освобождение от физических напряжений и зажимов, улучшает линии позы и создает лучшую координацию мышц. С другой стороны, нарушение этих отношений порождает зажимы, искажение линий тела, портит координацию движений. Уроки техники Александера предполагают тонкое руководство в овладении более эффективным использованием тела. Руководитель должен уметь видеть различные блоки, препятствующие свободным движениям тела, предвидеть движения с предварительным ненужным напряжением. Управляя приспособлением тела ученика в небольших движениях, учитель постепенно дает ему опыт действий и отдыха интегрированным, собранным и эффективным образом.

Уроки Ф. Александера обычно сосредоточены на сидении, стоянии, ходьбе, в дополнение к так называемой «работе за столом», когда ученик ложится и в руках учителя испытывает ощущения энергетического потока, который удлиняет и расширяет тело. Эта работа должна давать ученику ощущение свободы и простора во всех связках, опыт, который постепенно отучает человека от зажимов и напряжений в связках, порождаемых излишними напряжениями в повседневной жизни. Техника Ф. Александера особенно популярна среди людей творчества, но также эффективно используется для лечения некоторых увечий и хронических заболеваний.

Психотехника Александера помогает людям избавиться от привычек, отрицательно влияющих на физическое, умственное и эмоциональное функционирование человека.

Метод Фельденкрайза. Психотерапевтический метод Фельденкрайза — метод самосовершенствования, или личностного роста, названный им «осознавание через движение» (*Awareness through movement*) — один из «столпов» телесно-ориентированной психотерапии, возникший «на стыке» современной западной психологической науки и древней восточной традиции, представленной в различных духовно-философских школах самосовершенствования.

Основу этого популярного метода составляет развитие навыков самонаблюдения при самостоятельном погружении в неглубокое измененное состояние сознания (поверхностный кинестетический транс) во время выполнения ряда телесных и ментальных упражнений. Фельденкрайз называл это состоянием сознавания (*awareness*), связывая его с направленным вниманием. (Уместно здесь напомнить определение измененного состояния сознания по М. Эриксону, как «внимания, направленного внутрь»). Тем самым наиболее кратко сущность метода Фельденкрайза можно сформулировать как «осозна-

вание себя». Направленность метода созвучна рецепту самосовершенствования одной из традиционных восточных (в частности, дзенских) духовных практик — «полностью пребывай в том, что делаешь», интерпретируемой как созерцание, самонаблюдение (Г. Гурджиев) или практика внимательности (Р. Уолш).

Избавление от психологических проблем и ограничений, гармоничное развитие или самоактуализация по Фельденкрайзу выступает как формирование «полного образа себя». При этом происходит достижение человеком свойственной детям естественности, «спонтанности», что физиологически соответствует (у правшей) «раскрепощению» правого полушария, высвобождение его из-под обычного угнетающего воздействия доминантного левого полушария. В процессе работы по самосовершенствованию используются невербальные функциональные состояния, представляющие собой «паузу между (словесно-оформленной) мыслью и (телесным) действием» — аналог описываемого в восточных духовных практиках «молчания ума», «промежутка между мыслями».

Система Фельденкрайза вобрала в себя, наряду с древними духовными традициями, достижения современной физиологии нервной системы, порой даже их опережая (его классический труд «Awareness through movement» вышел около 30 лет назад). Идея же Фельденкрайза о необходимости целостного подхода к личностному совершенствованию, не исправления отдельных черт характера, а «систематической работы над образом себя», только начинает в полной мере раскрываться в наиболее современных методиках психотерапии, в частности, в пришедшем на смену НЛП методе DHE (Design Human Engineering), разработанном Р. Бэндлером.

Чувственное сознавание. Эта психотехника разработана в США Ш. Селвер и Ч. Бруксом и основана на работах Э. Гиндлер и Х. Якоби. Техника направлена на изучение целостного органического функционирования в мире, который человек воспринимает, частью которого он является. Для терапевта, работающего в этой области, представляет интерес «личная экология» человека: как он совершает действия, как относится к людям, ситуациям и объектам. Он стремится найти, что естественно в этом функционировании, а что обусловлено, что есть продукт эволюционного развития природы человека, а что стало «второй натурой», которая изолирует его.

Чувственное сознавание — это процесс научения возвращаться к соприкосновению с телом и чувствами, к способностям, которыми человек располагал, будучи ребенком, но утратил во время формального обучения. Родители реагируют на детей с точки зрения собственных идей и предпочтений, вместо того чтобы попытаться почувствовать, что может помочь реальному развитию ребенка. Другая

проблема детского опыта — совершение усилий: родители не хотят дожидаться естественного развития способностей их детей и научают их «стараться».

Работа чувственного сознавания фокусируется на непосредственном восприятии, научении отличать собственные чувства и ощущения от культурно и социально привитых образов. Многие упражнения в этой системе основаны на повседневной человеческой деятельности — чтобы открыть отношение к окружающему, развить сознательную осведомленность о том, что человек делает. Еще один аспект чувственного сознавания включает отношение с другими. Большинство упражнений системы имеет внутреннюю, медитативную ориентацию.

Биосинтез — это направление телесно-ориентированной (или соматической) психотерапии, которое с начала 70-х гг. XX в. развивают Д. Боаделла и его последователи в Англии, Германии, Греции и других странах Европы, Северной и Южной Америке, Японии и Австралии.

Биосинтез — психотерапия, ориентированная на процесс. От клиента не требуется, чтобы он следовал модели здоровья терапевта, заменил свои паттерны на его. Терапевт мягко работает с дыханием, помогает ослабить мышечные напряжения, с тем чтобы наиболее точно воспринять и раскрыть внутренние тенденции движения и роста клиента, его возможности и особенности его пульсации. Терапевт в биосинтезе становится «партнером по танцу», который сопровождает и ведет клиента к новому опыту, иному ощущению заземления в собственном теле, восстановлению здоровой пульсации.

Подход биосинтеза опирается на опыт:

1) эмбриологии — в связи с этим о биосинтезе говорят, что благодаря ему психоанализ получил свою органическую основу;

2) райхианской терапии;

3) теории объектных отношений.

Впервые термин «биосинтез» использовал английский аналитик Френсис Мотт. В своей работе он основывался на глубинных исследованиях внутриутробной жизни. Уже после смерти Ф. Мотта Дэвид Боаделла решил применить этот термин для описания собственного терапевтического подхода. Он также хотел подчеркнуть отличие своего метода от биоэнергетики, развиваемой А. Лоуэном и Дж. Пьерракосом, и биодинамики — школы Г. Бойсен и ее последователей, занимавшихся различными формами массажа для освобождения блокированной энергии. Все три направления — биоэнергетика, биодинамика и биосинтез — обладают общими корнями (райхианский анализ), однако имеют принципиальные различия.

Сам термин «биосинтез» означает «интеграция жизни». Речь идет об интеграции, в первую очередь, трех основных жизненных, или

энергетических, потоков, которые дифференцируются в первую неделю жизни эмбриона, интегративное существование которых существенно для соматического и психического здоровья и которое нарушается у невротиков.

Эти энергетические потоки связаны с тремя зародышевыми листками: эндодермой, мезодермой и эктодермой.

От В. Райха биосинтез «унаследовал» точку зрения, что личность может быть понята на трех уровнях:

а) на поверхности мы видим «маску»: «панцирь» характерных отношений, сформировавшийся для защиты от угрозы целостности личности в детстве или раньше; это так называемое фальшивое *self*, которое защищает *self* истинное, чьи потребности были фрустрированы в младенчестве (или до рождения);
б) когда защиты начинают ослабевать, проявляется более глубокий уровень болезненных чувств, включающий в себя гнев, тоску, тревогу, отчаяние, страх, обиду, чувство одиночества;
в) под уровнем болезненных чувств находится основной «ядерный» уровень, или «ядро» личности, в котором сосредоточены чувства базисного доверия, благополучия, радости и любви.

Фрустрация ядра создает уровень страдания, подавление страданий и протеста создает «маску». Здесь необходимо отметить, что многие терапевты, пользуясь различными теоретическими концепциями и разнообразнейшими техниками, легко выводят человека на переживание боли, страха, ярости. Однако, если работа ограничена лишь этим уровнем, клиент обучается эмоциональному высвобождению и приобретает новый паттерн, отреагирование становится своеобразным наркотиком. В биосинтезе же терапевт старается в каждой сессии направлять клиента к первичному «ядерному» уровню ощущений, так как только в контакте с чувствами радости, надежды, благополучия, удовольствия жить человек получает энергию для реальных изменений, для исцеления — физического, психического и духовного. Эмоциональный выброс не является самоцелью: вмешательство перестает быть терапевтичным, если после отреагирования клиент не находит новых источников внутренней поддержки.

И сама система защит рассматривается в биосинтезе как стратегия выживания, адаптации, поддержки. Поэтому любые паттерны человека не «ломаются», а исследуются с большим уважением. Биосинтетики говорят: «Прежде чем пустить поезд по рельсам, необходимо выстроить мосты». Прежде чем трансформировать (не разрушать!) паттерны, надо обеспечить реализацию «жизнезащищающей функции». Биосинтез использует и развивает идею В. Райха о «защитном мышечном панцире», прослеживая ее связь с эмбриологией. При этом в биосинтезе понятие «панциря» детализируется — описываются

три «панциря», каждый из которых связан с одним из зародышевых листков:

а) мышечный (мезодермальный),
б) висцеральный (эндодермальный),
в) церебральный панцирь (эктодермальный).

Мышечный «панцирь» включает в себя и тканевой, так как из мезодермы развивается не только костно-мышечная, но и сосудистая система.

Существует опасность разделения людей на «здоровых», не нуждающихся в терапии, и больных, тех, кому без нее не прожить. Однако «более реалистично рассматривать здоровье как широкий спектр состояний и проявлений» (D. Boadella). Тогда мы признаем право на невротические реакции «благополучных» людей и способность к «здоровому реагированию» у лиц с тяжелыми соматическими и психическими расстройствами. Таким образом, эффект терапии зависит от умения терапевта раскрыть внутренние ресурсы здоровья клиента. Внутреннюю канву биосинтеза составляет работа по достижению соматического, психического и духовного здоровья; внешнюю — работа по восстановлению интеграции действия, мысли и чувства, утраченных на ранних этапах развития (реинтеграция).

Тремя основными процессами реинтеграции являются:

а) заземление (*grounding*),
б) центрирование (*centering*),
в) видение (*facing*).

Заземление — это работа с мезодермальным «панцирем». Заземление включает в себя оживление потока энергии вниз по спине и оттуда в «5 конечностей» — ноги, руки, голову.

Центрирование — это движение к гармоничному дыханию и эмоциональному равновесию.

Видение (*facing*) и звучание (*sounding*) — терапевтическая работа с контактом глаз, взглядом, голосом.

Первичная терапия А. Янова. Артур Янов — американский психолог, в конце 60-х гг. XX в. сформулировавший основные положения «первичной терапии», получившей развитие в деятельности Института первичной терапии в Лос-Анжелесе.

В основе первичной терапии лежит положение о том, что травмы, пережитые детстве и вытесненные в процессе взросления, а также ранние неудовлетворенные потребности ведут к неврозам и психозам. Янов называет эти травмы первичными. Они сохраняются у человека в виде напряжения или трансформируются в механизмы психологической защиты. Первичные травмы и неудовлетворенные потребности препятствуют естественному продвижению через все стадии разви-

тия, которые проходит каждый человек, не дают стать «настоящим», пресекают нормальный доступ человека к его чувствам. Напряжение, связанное с первичными травмами, может приводить к психосоматическим заболеваниям.

Первичная терапия строится на том, что человек должен заново пережить первичную травму, возвратиться в ситуацию, вызвавшую ее, и освободиться от нее при помощи крика. Цель первичной терапии состоит в том, чтобы избавиться от всего «ненастоящего», что заставляет человека употреблять алкоголь, наркотики, курить или принимать опрометчивые, необоснованные решения только потому, что иначе он не может справиться с постоянно увеличивающимся внутренним напряжением. Эти регрессивные и невротические реакции вынуждают человека жить прошлым, не меняясь и не меняя способа восприятия мира. Слова и действия такого человека обусловлены его неврозом, так как он не свободен от чувств, возникших в каких-то ситуациях в прошлом. Обучение в первичной терапии необходимо для того, чтобы идентифицировать чувства и ощущения, вызванные ранними травмами, выразить их и испытать терапевтические изменения.

Первичная терапия применяется для лечения клиентов разных возрастов, как подростков, так и взрослых. От клиента зависит, насколько он сумеет соприкоснуться с теми чувствами, которые возникли вследствие первичных страданий. Первичная терапия предполагает следование жесткому набору инструкций и отказ от приобретенных в результате сдерживаемого напряжения привычек. Первая фаза психотерапии продолжается примерно 3 нед., и в это время нельзя посещать школу или работу. Курс лечения очень интенсивный — с пациентом занимаются ежедневно до 3 ч в день. По окончании третьей недели клиент включается в работу первичной терапевтической группы, которая встречается 2–3 раза в неделю на протяжении 8–12 мес.

Тщательно спланированный процесс первичной терапии начинается с обсуждения проблем клиента с получившим специальную квалификацию психотерапевтом. Во время психотерапевтических занятий вскрываются ранние воспоминания, обиды и раны. Психотерапевт побуждает клиента к тому, чтобы заново «физически» пережить их, вызывая проявление напряжения, психологической защиты и пр. Основная задача на этом этапе заключается в постепенном ослаблении психологической защиты. Когда клиент приступает к работе в психотерапевтической группе, обсуждение его проблем продолжается; теперь он вступает в самые разнообразные взаимоотношения с другими членами группы, что может способствовать переживанию большего количества первичных эмоций, чем в индивидуальной психотерапии. Клиенты вспоминают травмирующие события раннего детства, вплоть до момента рождения. Задача психотерапевта на этом

этапе — направлять клиента в поиске именно тех событий, которые вызвали эти разрушающие его чувства, без выражения которых невозможно исцеление.

Групповая психотерапия сочетается с обучением глубокому дыханию, для того чтобы участники избавились от поверхностного, невротического дыхания и приблизились к переживанию первичного страдания. Психотерапевт работает также над изменением манеры речи клиента, которая рассматривается как один из защитных механизмов. Цель этих и многих других приемов — дать человеку возможность соприкоснуться с первичными переживаниями и обрести способность выразить те чувства, которые он осознал.

Клиенты, прошедшие курс первичной терапии, сбрасывают бремя прежних страданий и начинают лучше справляться с жизненными ситуациями, не нуждаясь в столь высокой степени признания и принятия их другими людьми. Их действия приобретают смысл и становятся «настоящими», что способствует обретению душевного комфорта и социального статуса. Освобождение от напряжения, новое самоощущение позволяют клиенту, прошедшему курс первичной терапии, точнее оценивать свое эмоциональное и физическое состояние в любой ситуации.

Быть «настоящим», по мнению Янова, означает быть свободным от тревоги, депрессии, фобий, быть способным жить настоящим, без навязчивого стремления удовлетворять свои потребности.

Первичная терапия была одним из первых методов психотерапии, который радикально отошел от психоанализа, придавая большее значение сосредоточению на чувствах и переживанию целостности своего Я.

Танатотерапия — авторский термин, разработанный В. Ю. Баскаковым в 1989 г. для обозначения авторского метода инициации естественной смерти.

В популярной греческой мифологии Танатос — воплощение смерти. Существо, ходящее по миру и собирающее души умерших. Он — единственный из богов, не любящий даров. Обладает железным сердцем и ненавистен богам. Гипнос, бог сна, является братом-близнецом Танатоса. В древней мифологии, однако, богом смерти на Олимпе является не Танатос, а одна из его ипостасей — Аид, брат Зевса и Посейдона и сын Кронуса.

Центральным звеном представленного метода является инициация естественной смерти, инициация, построенная на принципах моделирования характеристик тела только что умершего такой смертью человека. Крайне редко встречающаяся естественная смерть, в отличие от обычной, сопровождающейся в основном болезненными переживаниями, а зачастую и сильными душевными и физическими страданиями

и болями, — на уровне тела умирающего такой смертью, характеризуется максимальной расслабленностью, сниженным или вовсе отсутствующим сверхконтролем (контролем со стороны сознания), пассивностью («объективностью», «объектностью», «предметностью»).

Область танатотерапии — это область контакта с процессами умирания и смерти, и главная цель танатотерапии — установление этого максимально полного и реального контакта. Каждый из живущих людей знает, что умрет, однако никто не верит, что умрет. Переход из «вялотекущего» процесса умирания в терминальную (конечную) — разрушительный для человека эмоциональный и физический шок. В основе танатотерапии лежит феномен естественного (правильного) умирания и представление о так называемом биологическом и социальном теле. Жизнь и смерть — две стороны одной и той же реальности. Игнорирование смерти — это лишение себя колоссального источника энергии (по сравнению, например, с энергией страха смерти).

Применение специальных телесно-ориентированных психотехник позволяет занимающимся освоить своеобразную технологию умирания естественной смертью, основной целью которой является «правильное умирание», а, значит, — правильная жизнь. В ходе инициации, когда с одним человеком работает группа из 5—6 человек, используя в ключевой момент давление веса всей группы на лежащего партнера, достигается глубокая степень погружения в транс и через это сильные трансперсональные переживания, «путешествия – мытарства», переживания отношений «душа — тело», отношений к смерти и жизни.

Опыт участников групп танатотерапии показывает, что это — мощное средство максимального расслабления, позволяющее в определенных ситуациях отключать сверхконтроль сознания, находить удовольствия в предметности и объектности собственного тела, обогащающее трансперсональный опыт, дающее сильные переживания эротического характера (связь Танатоса с Эросом).

Бондинг. Естественный подход к родам и родительству отталкивается от феномена бондинга. Бондинг — это незримая связь между ребенком и матерью, благодаря которой они и после родов продолжают оставаться единым целым. Бондинг — это то, благодаря чему мать может понимать язык ребенка; то, что наполняет для нее конкретным содержанием каждый его неуклюжий жест, гримасу, каждый издаваемый звук. Мать должна «знать» своего младенца, она должна «знать» его потребности и его состояние. И она «знает» это посредством бондинга. Она чувствует состояние своего ребенка лучше, чем любой профессиональный врач.

Дж. Ч. Пирс приводит следующие замечательные примеры бондинга, позволяющие понять, о чем идет речь: «В моей книге „Волшебный

ребенок” я рассказал об американской матери Джейн Маккеллар, которая наблюдала, как новорожденных детей в Уганде носили на лямках около материнской груди. Пеленок не использовали и, так как младенцы были всегда чистыми, Джейн спросила матерей, как они управляют мочеиспусканием и испражнением кишечника детей. «Мы просто идем в кусты», — отвечали матери. «Но как, — спросила Джейн, — вы узнаете, когда крошечному младенцу нужно в кусты?» Изумленные матери ответили: «А как вы узнаете, когда вам нужно идти в кусты?» В Гватемале матери носят своих новорожденных детей таким же образом, и если новорожденный все еще мочит мать через два или три дня, женщина считается глупой и плохой матерью».

Фактически бондинг возникает с самого начала беременности. Женщина не просто вынашивает ребенка. В ней происходят изменения, которые позволяют ей осуществлять функцию материнства. Чувства обостряются, интеллектуальная деятельность притупляется, усиливается интуитивное восприятие. Чувства и интуиция — вот те инструменты, которые позволяют ощущать ребенка, понимать его потребности. Отношения бондинга формируются, если мать естественно следует всем изменениям, происходящим в ней, и принимает их. Это тот период, когда нужно уйти в себя, в свою беременность, в своего ребенка. Женщина перестает быть просто женщиной. Она становится матерью.

Любое насилие над этим процессом, неприятие изменений, стремление жить внешней жизнью, интеллектуальные перегрузки — все это нарушает формирование бондинга.

Роды, первые минуты и часы жизни малыша — особенно важный период в установлении бондинга. Чрезвычайно важны первые минуты жизни малыша, только что прошедшего через адовы круги рождения и ввергнутого в этот пугающий и непонятный мир. Ф. Лебуае, французский акушер-гинеколог, пишет, что «для малыша этот мир — пугающий. Его разнообразие, огромность сводят с ума маленького путешественника. Рождение — это гроза, ураган. А ребенок — терпящий кораблекрушение, уничтожаемый, поглощаемый стремительным приливом ощущений, которые он не умеет распознать». Он требует помощи, защиты. Кто лучше всего сделает это? Конечно, мать. Прижав его к своей груди, она частично возвращает его в прежние условия существования. Материнское тепло, биение ее сердца, первые капли молозива из груди успокаивают ребенка, сообщая ему чувство безопасности.

Мать обеспечивает младенцу так называемый контакт-комфорт, имеющий огромное значение для всей его последующей жизни. Этот контакт-комфорт — первичный источник положительных эмоций. Ощущение комфорта и безопасности, исходящее от матери, — немаловажный фактор установления бондинга.

Отношения бондинга побуждают мать чувствовать и удовлетворять естественные потребности ребенка, что является условием его развития. Потребность в любви и ласке, потребность в материнском тепле и материнском молоке — одна из главнейших.

Бондинг — важное условие формирования положительных личностных качеств. «Привязанность к матери — необходимая фаза в нормальном психическом развитии детей, в формировании их личности. Она способствует развитию таких социальных чувств, как благодарность, отзывчивость и теплота в отношениях, то есть всего того, что является проявлением истинно человеческих качеств», считает профессор А. И. Захаров. Отношения между матерью и ребенком в раннем младенчестве — это запечатлевающаяся в ребенке модель его дальнейших отношений со всей действительностью. Встречая любовь, внимание к своим нуждам, удовлетворение своих естественных потребностей, ребенок учится воспринимать мир как свой родной дом. Если его любят, он учится этой любви. Если чувствуют его потребности, он учится чувствовать потребности других. Воспринимая уверенность матери, он получает чувство безопасности, а вместе с ним формируется уверенность в себе, в своих возможностях.

Связь между матерью и ребенком есть всегда. Даже в самых неблагоприятных условиях (например, при разлучении матери и ребенка) своим отношением, должным психологическим настроем, своим духовным состоянием мать может наполнить эту связь нужным содержанием.

Если в ваших отношениях с ребенком присутствует бондинг, вы и без всяких взвешиваний будете знать, хватает ли ему вашего молока, и без обследований понимать, здоров ли малыш и в чем он сейчас нуждается больше.

Розен-терапия. Розен-метод — это особая практика изучения своего тела, позволяет воздействовать на психическое состояние человека через телесные воздействия, а также научить тело реагировать на внешние воздействия желанным образом. Розен-метод без сомнения полезен для всех, однако особое значение он имеет для беременных женщин и для молодых родителей. Метод способствует снятию мышечного напряжения, эмоционального дискомфорта, стресса, гармонизирует физическое и психическое состояние человека.

Большинство известных телесно-ориентированных психотехник появились и развивались вне группового направления в психотерапии, однако чаще всего применяются как раз в групповых формах.

В классических подходах телесно-ориентированной психотерапии имеется ряд важных понятий, которые имеют основополагающее значение: «энергия», «мышечная броня», «почва под ногами» и т. д.

В телесно-ориентированной психотерапии имеются свои психотерапевтические процедуры, влияющие на дыхание и способствующие пониманию телесного состояния и напряженных поз, а также двигательные упражнения, работающие с физическим контактом между участниками группы. Большинство групп телесно-ориентированной психотерапии включают физический контакт в групповое взаимодействие. Двигательные упражнения способствуют возврату участников к примитивному эмоциональному состоянию, к своей первичной природе. Одни упражнения призваны помочь обеспечить доступ к заблокированным эмоциям гнева и ярости, другие помогают каждому участнику высвобождать эмоции.

На основе упражнений руководитель и члены группы делают выводы о «броне характера» каждого участника, блоках спонтанного течения энергии и делают анализ, соотнося телесное состояние с психологическими проблемами. В телесно-ориентированных психотехниках считается, что высвобождение негативных аффектов может приводить к позитивным личностным изменениям.

Телесно-ориентированная психотерапия, прежде всего, представляет собой уникальный и эффективный способ личностного роста и целостного развития человека, помогающий связать воедино его чувства, разум и телесные ощущения, восстановить утраченные и построить отсутствующие взаимосвязи между ними, создать условия доверительного и полного контакта человека с жизнью его тела.

Глава 16
ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ГОЛОТРОПНОЕ ДЫХАНИЕ)

Трансперсональная психотерапия концентрируется на преодолении эмоциональных трудностей, мешающих полноценному развитию индивида как психологического и духовного существа. В развитии психопатологии подчеркивается роль эмоциональных и межличностных факторов.

Трансперсональная психотерапия основывается на представлениях о возможности реализации внутреннего, глубинного трансперсонального потенциала человека для исцеления и оздоровления психики, для личностного и духовного роста через осознавание и переживание неудовлетворенных и нереализованных желаний человека, трансформации негативных последствий перинатального периода жизни, психотравмирующих событий. В этом и заключается ценность трансперсонального подхода — не только помочь решить глубинные

проблемы человека, но еще и высвободить колоссальный внутренний развивающий и самоисцеляющий потенциал (ресурс), а также научить им пользоваться.

Для открытия и развития внутреннего трансперсонального ресурса используется широкий диапазон методов и интегративных психотехник. В совокупности они направлены на установление баланса и гармоничное слияние физических, эмоциональных, психических и духовных аспектов человека.

Техники, наиболее часто используемые в трансперсональной психотерапии

1. Телесно-ориентированные техники: биоэнергетическая терапия Лоуэна, чувственное осознание, танцевальная терапия, различные упражнения из йоги, тай-дзы-цюань, восточных единоборств. Такие техники позволяют установить взаимосвязь между телом и душой, наладить механизм самоисцеления физических заболеваний через осознавание, освобождение от телесных блоков и последующую трансформацию проблемы.

2. Дыхательные техники, вызывающие измененное состояние сознания — ребефинг (реберфинг), голотропное (холотропное) дыхание, вайвейшн, обеспечивают возникновение эмоционального катарсиса и трансперсональных переживаний.

3. Техники гештальт-диалогов, направляемого воображения: созидающая визуализация Шакти Гавэйн, техники работы со снами, разработанные С. Лабержем, творческий подход к анализу сновидений, описанный С. Криппнером, и другие используются для освобождения от эмоциональных блоков.

4. Техника медитации. Обучаясь в процессе трансперсональной терапии новым паттернам отношения к себе и окружающему через осознание, то есть обучаясь по-иному осмысливать переживания, человек развивает сознание. В процессе рефлексии происходит когнитивное переосмысление, которое позволяет трансформировать множество проблем, вытесненную информацию и научиться более целостному и свободному существованию.

Одна из особенностей трансперсональной терапии заключается в том, что, выбирая техники для работы, психотерапевт учитывает личностные и общечеловеческие (трансперсональные особенности).

Показаниями к назначению трансперсональной психотерапии могут быть:

1. Постстрессовые (последствия насилия, психологические травмы, связанные с участием в военных действиях, катастрофах) и кри-

зисные состояния (возрастные и экзистенциальные кризисы), состояния тревоги, в том числе с паническими атаками. Трансперсональная терапия помогает переработать и утилизировать травматический опыт, при этом освобождается энергия, потраченная на вытеснение травмирующей ситуации из сознания (на формирование психологических защит), за счет чего уходят симптомы астении, снижается уровень тревоги, нормализуется сон, исчезает общая напряженность и происходит трансформация негативного опыта в позитивный. Далее формируются новые поведенческие стратегии. Человек начинает видеть в своей жизни смысл, у него появляется перспективное будущее.

2. Невротические расстройства. В этом случае терапия направлена на то, чтобы дать пациентам возможность посмотреть как бы со стороны на себя и свою жизненную ситуацию, получить доступ к ранее заблокированным ресурсам и избежать сопротивления.

3. Депрессивные расстройства непсихотического уровня.

4. Психосоматические заболевания (с обязательной проверкой истинного соматического статуса, см. «противопоказания» на с. 352). Использование трансперсональной терапии при психосоматической патологии базируется на том принципе, что в основе развития данных заболеваний решающую роль играет психоэмоциональный фактор, и причины, приведшие к данной форме реагирования, кроются в глубоком детстве.

5. Вторичное бесплодие, мастопатии, миомы, в развитии которых играет роль психотравмирующая ситуация.

6. Психологическая реабилитация при лечении алкоголизма, наркомании, токсикомании (в комплексной терапии с наркологическим лечением) с целью выявления причин, приведших к употреблению психоактивных веществ, формирования нового поведения, снятия психологической зависимости.

В связи с использованием в трансперсональной психотерапии состояний измененного сознания имеется также и ряд противопоказаний, которые существенно ограничивают область применения данного направления психотерапии. Вторая зона ограничений связана с техниками погружения в измененное сознание. Например, интенсивные дыхательные упражнения на биологическом уровне вызывают гипероксигенацию, которая связана с формированием отека головного мозга, что клинически проявляется в виде состояния измененного сознания. У лиц с нормальным физическим здоровьем данный отек обратим, а вот при наличии органически измененной почвы могут развиться осложнения.

Также в качестве противопоказаний рассматриваются состояния, не совместимые с сильным эмоциональным и физическим стрессом, возникающим при погружении в драматические переживания.

Итак, перечислим основные **противопоказания**:

1. Сердечно-сосудистые заболевания — сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, постинфарктное или постинсультное состояние (менее 1 года), ишемическая болезнь сердца (нестабильная стенокардия, стенокардия покоя), артериальная гипертензия (2-Б, 3 стадии), выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

2. Недавние физические травмы (переломы, вывихи, сильные ушибы, кровотечения), недавние хирургические операции с наложением швов, врожденная хрупкость костей. Во время сеансов люди интенсивно двигаются, иногда с большой амплитудой. И, следовательно, требуется особая осторожность по отношению к тем, которые страдают привычным вывихом плеча или колена или патологической хрупкостью костей, так как интенсивное движение может привести к повреждениям или вызвать осложнения.

3. Глаукома, отслоение сетчатки (абсолютное противопоказание).

4. Острые инфекционные заболевания.

5. Тяжелая форма бронхиальной или сердечной астмы (гормонозависимые, когда выражена органическая обструкция бронхов).

6. Ранний послеоперационный период.

7. Беременность (абсолютное противопоказание). Плацента представляет собой ту часть тела, которая в результате гипервентиляции подвергается вазоконстрикции. Следствием этого является ухудшение кровоснабжения плода. Кроме того, женщины на сеансах трансперсональной терапии могут повторно проживать собственное рождение (испытывать переживания своей матери) или рождение предыдущего ребенка и т. п., что может сопровождаться сокращением матки. Это может вызвать кровотечение и привести к выкидышу.

8. Эпилепсия.

9. Эндогенные психические заболевания (абсолютное противопоказание). Трансперсональная психотерапия может послужить триггером для обострения состояния, для возникновения психоза, даже когда пациент находится в состоянии ремиссии. Трансперсональная психотерапия также несовместима с лечением нейролептиками, антидепрессантами и транквилизаторами, подавляющими эмоции.

10. Истерическая психопатия (абсолютное противопоказание).

11. Детский возраст.

Из всех перечисленных методов трансперсональной психотерапии наиболее часто для вызывания состояния измененного сознания используется голотропное дыхание.

Голотропный подход в психотерапии представляет собой важную и эффективную альтернативу традиционным подходам глубинной психологии, основанной на вербальном обмене между терапевтом и пациентом. Термин «голотропный» означает «направленный на вос-

становление целостности» или «движение в направлении цельности» (от греческих слов *holos* — цельный и *trepein* — «движущийся в направлении к...»).

Динамическая структура психогенных симптомов содержит исключительно могущественные эмоциональные и физические энергии. Поэтому любая попытка серьезно повлиять на них — исключительно проблематична. Требуется терапевтический контекст, обеспечивающий и усиливающий непосредственный опыт, чтобы получить заметные результаты в сравнительно короткий срок. Кроме того, имея в виду многоуровневый характер психогенных симптомов, концептуальные рамки врача должны включать биографический, перинатальный (история и переживание рождения) и трансперсональный (сверхбиографический опыт, включающий в себя переживания человеком: истории предков, филогенетический опыт мировой культуры; переживания опыта идентификации с растениями, животными, с другими личностями, с различными формами сознания — от отождествления с отдельными органами до планетарного сознания; архетипические переживания и осознание сакральных знаний) уровни психики, без которых терапевтическая работа не может быть эффективной. В тех случаях, когда проблемы уходят корнями в трансперсональную сферу, окончательный результат не может быть получен до тех пор, пока человек не согласится на специфические переживания трансперсонального опыта.

Голотропная терапия содействует активизации бессознательного до такой степени, что это приводит к необычным состояниям сознания. Можно поддержать идею, впервые выдвинутую Карлом Густавом Юнгом, что психика располагает могущественным потенциалом самооздоровления, а источником автономных целительных сил является коллективное бессознательное. Отсюда задача врача сводится к тому, чтобы помочь добраться до глубинных слоев психики, не занимаясь рациональным рассмотрением проблем с использованием каких-либо специфических методов изменения психической ситуации человека по заранее выработанному плану. Исцеление оказывается результатом диалектического взаимодействия сознания с индивидуальным и коллективным бессознательным.

В таких условиях имеющиеся симптомы усиливаются и из латентного состояния переходят в проявленное, становясь доступными сознанию. Задача врача состоит в том, чтобы способствовать такому спонтанному проявлению, полностью доверяя этому автономному оздоровительному процессу. Симптомы представляют собой заблокированную энергию и предельно концентрированный опыт. И здесь симптом оказывается не только проблемой, но и возможностью в равной степени.

Очень важно, чтобы терапевт способствовал раскрытию (развитию) этого процесса, даже если он и не понимает его в какой-то момент. Некоторые переживания могут и не иметь никакого специфического содержания; они могут представлять собой интенсивно проявленные эмоции или физические напряжения, сменяющиеся глубоким облегчением и релаксацией. Довольно часто инсайт и специфическое содержание возникают позднее или даже на последующих сеансах. В одних случаях разрешение (результат) проявляется на биографическом уровне, в других — в перинатальном материале или в темах трансперсональных переживаний. Иногда драматически протекающий целительный процесс и трансформация личности, сопровождающиеся растянутыми во времени результатами, ассоциируются с опытом, не поддающимся рациональному пониманию.

Сама процедура голотропной терапии включает в себя: контролируемое дыхание, побудительную музыку и различные формы использования звука, а также фокусированную работу с телом.

Глубокие изменения в сознании могут быть вызваны изменением частоты дыхания — гипервентиляцией и, наоборот, замедлением, а также комбинацией этих приемов. С общепринятой физиологической точки зрения гипервентиляция ведет к избыточному выделению из организма углекислого газа, развитию гипокапнии со снижением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе и кислорода в артериальной крови, а также к респираторному алкалозу. Некоторые исследователи прослеживали гипервентиляционную цепочку изменений гомеостаза еще дальше, вплоть до биохимических процессов в мозге. Оказалось, что изменения здесь весьма напоминают те, которые возникают под действием психоделиков. А это означает, что интенсивное дыхание может быть неспецифическим катализатором глубинных психических процессов. Многочисленные эксперименты С. Грофа выявили, что в пневмокатарсисе основное значение имеет не специфическая техника дыхания, но сам факт того, что дыхание в течение 30–90 мин совершалось в более быстром темпе и более глубоко, чем обычно. На многих примерах можно подтвердить правоту Вильгельма Райха относительно того, что психологическое сопротивление и защита используют механизмы ограничения дыхания. Респирация — автономная функция, но на нее можно оказывать волевое влияние, учащение ритма дыхания и усиление его эффективности способствует высвобождению и проявлению материала бессознательного (и сверхсознательного).

Продолжительная гипервентиляция не только не вызывает прогрессирующего нарастания напряжения, но приводит к критической кульминации, сменяющейся глубокой релаксацией. Характер этой последовательности сопоставим с оргазмом. В дополнение к этому в

повторяющихся голотропных сеансах общее количество мускульных напряжений и драматических эмоций, как правило, понижается. Все, что происходит в этом процессе, можно интерпретировать как стремление организма отреагировать на изменение биохимической ситуации посредством вынесения на поверхность в достаточно стереотипной форме различных устарелых, глубоко запрятанных напряжений и освобождения от них посредством периферической разрядки. Это обычно происходит двумя способами.

Первый из них имеет форму катарсиса и отреагирования, которое включает тремор, подергивание, драматические телодвижения, покашливания, перехваты дыхания, рвотные позывы, вскрикивания и другие звуковые проявления или усиление деятельности автономной нервной системы.

Второй механизм заключается в том, что глубокие напряжения проявляются в форме длительных сокращений и затянувшихся спазмов.

Поддерживая такое мышечное напряжение в течение долгого времени, организм растрачивает огромное количество скопившейся энергии и, освобождаясь от нее, облегчает свое функционирование.

Типичный результат голотропного сеанса — глубокое эмоциональное освобождение (разгрузка) и физическая релаксация. Таким образом, продолжительная гипервентиляция является исключительно мощным и действенным средством снятия стресса, способствующим эмоциональному и психосоматическому оздоровлению. Спонтанные случаи гипервентиляции у людей, страдающих психическими заболеваниями, можно, следовательно, рассматривать, как попытку самолечения. Аналогичное понимание находим в литературе, описывающей технику духовного развития, например Кундалини-йогу, где проявления подобного рода носят название «крийя».

Эмоциональные проявления во время сеансов имеют широкий спектр; наиболее типичные из них — гнев и агрессия, беспокойство, печаль и депрессия, чувство неудачи, униженности, вины и ничтожности. Физические проявления включают кроме мышечного напряжения также головные боли и боли в различных частях тела, перехватывание дыхания, тошноту, рвоту, удушье, повышенное слюноотделение, потение, сексуальные ощущения и многообразие моторных движений.

В определенных частях тела во время дыхательного сеанса развиваются физические напряжения. Не являясь простыми физиологическими реакциями на гипервентиляцию, они представляют собой сложные психосоматические структуры, зависящие от индивидуальных особенностей, и имеют, как правило, специфическое психологическое содержание, характерное для данного человека. Иногда они представляют собой усиленный вариант привычных напряжений

и болей, проявленных в виде хронических проблем или же в форме симптомов, возникающих в моменты эмоциональных или физических стрессов, утомления, при бессоннице, слабости, вызванной болезнью, употреблением алкоголя или наркотиков. В других случаях их можно рассматривать как реактивацию старых проблем, возникших в период младенчества, детства, пубертата или в результате тяжелого эмоционального стресса.

Независимо от того, узнает ли человек в этих физических проявлениях специфические события своей биографии, их все равно интересно рассмотреть в плане психологического значения или содержания. Например, если развивается спазм в руках и ногах («карпопедальный спазм» в традиционной терминологии), то это свидетельствует о наличии глубокого конфликта между сильным стремлением к совершению определенных действий и столь же сильной тенденцией сдерживания (торможения) этого действия. Возникающее таким образом динамическое равновесие представляет собой одновременную активацию сгибающих и разгибающих мышц одинаковой интенсивности. Люди, испытывающие такие спазмы, обычно сообщают о том, что в течение всей жизни или, по крайней мере, большей ее части они чувствовали подавленную агрессивность, сдерживали желание наброситься на окружающих или же испытывали неудовлетворенные сексуальные стремления. Иногда болезненные напряжения такого рода являются неосуществленными творческими импульсами: такими, как, например, рисование, танцы, пение, игра на музыкальных инструментах, какое-то ремесло или деятельность, осуществляемые с помощью рук. Такой подход позволяет проникнуть в сущность конфликта, порождающего эти напряжения. Как правило, процесс, достигнув кульминационной точки напряжения, сменяется глубокой релаксацией и ощущением устранения преграды, мешавшей свободной циркуляции энергии в руках. Часто люди, пережившие это, открывали у себя различные творческие способности и достигали удивительных успехов в рисовании, сочинительстве, танцах или ремесле.

Другим важным источником мышечных напряжений являются воспоминания о перенесенных в прошлом операциях или травмах. В периоды, причиняющие боль и страдания человеку, приходится подавлять, иногда надолго, эмоциональные и физические реакции на боль. И если травма залечена только анатомически и не интегрирована эмоционально, она остается как незавершенный гештальт. Поэтому травма физического характера чревата серьезными психологическими проблемами, и, наоборот, ее проработка на терапевтических сеансах может способствовать эмоциональному и психосоматическому выздоровлению.

Напряжение ножных мышц имеет ту же динамическую структуру, только менее сложную; это отражает тот факт, что роль ног в человеческой жизни проще роли рук (кистей). Многие относящиеся сюда проблемы связаны с использованием ног и стоп в качестве инструментов агрессии, особенно в ранние периоды жизни. Напряжение и спазмы в бедрах и ягодицах часто ассоциируются с сексуальной защитой, страхами и торможениями, особенно у женщин. Архаическое анатомическое название одной из мышц бедра фактически звучит как «хранитель девственности» — *musculus custos virginitalis*. Многие напряжения мышц могут быть соотнесены с физическими травмами.

На более глубоком уровне динамические конфликты, вызывающие напряжение мышц конечностей и многих других частей тела, связаны с «гидравлическими» обстоятельствами биологического рождения. На этом этапе родового процесса ребенок, часто в течение многих часов, оказывается в ситуации, которая сопряжена с ужасом, тревогой, болью и удушьем. Это вызывает мощное нейронное стимулирование, не получающее периферического выхода, поскольку ребенок не может дышать, кричать, двигаться или спастись из этой ситуации. В результате заблокированная энергия накапливается в организме, сохраняется в равной степени в сгибающих и разгибающих мышцах. Если этот динамический конфликт выходит наружу для разрядки (запоздалой во времени), он протекает в виде интенсивных и часто болезненных спазмов. Иногда можно проследить более глубокие причины напряжений в руках и ногах в сфере трансперсональных переживаний, в частности, с различными воспоминаниями прошлой жизни. Интересно отметить, что многие напряжения в других частях тела наблюдаются в тех местах, которые тантрическая система называет центрами психической энергии «тонкого тела» — чакрами. В этом нет ничего удивительного, так как приемы голотропной терапии аналогичны упражнениям, используемым в тантрической традиции, придающей большое значение дыханию.

Направленная работа с телом является одной из составных частей голотропной терапии и используется только тогда, когда возникает необходимость. Ситуаций, в которых необходима направленная работа с телом на начальных стадиях голотропных сеансов, сравнительно немного. Сюда относятся случаи, когда основная блокада находится в области горла и достигает степени, препятствующей дальнейшему процессу дыхания. В таких обстоятельствах бывает необходимо провести работу методами отреагирования, если интенсивность реакции — спазм, физическая боль или тревога достигают такой степени, что человек не может или не хочет продолжать сеанс, такой дискомфорт следует убрать. Основным показателем необходимости направленной работы с телом является ситуация на последних стадиях

сеанса, когда дыхание и музыка не привели к полному снятию симптомов.

Основной принцип работы на заключительном этапе голотропных сеансов состоит в том, чтобы сфокусировать внимание на физическом дискомфорте, связанном с эмоциональным дистрессом. Независимо от характера и локализации проблем предлагается усилить симптом. Например, напрячь мышцы шеи и принять положение, обостряющее боли в голове и шее; если обнаруживается блокировка в тазовой области, то следует приподнять таз и напрячь мышцы живота и ягодиц. Это напряжение рекомендуется поддерживать как можно дольше, не обращая внимания на другие части тела. Эти проявления могут быть даже усилены специальным вмешательством терапевта, направленным на интенсификацию симптома. Сюда входят массаж или надавливание на область, которая напряжена или болезненна, препятствование стремлению потянуться, расправиться и т. п.

Групповые сеансы голотропной терапии более эффективны, чем индивидуальные. Они как бы помогают создать сильное энергетическое поле, действующее как катализатор на терапевтический процесс. Очень интересным аспектом коллективной работы является синхронизированность разнообразных событий в процессе прохождения дыхательной сессии.

Глубокое дыхание, обеспечивающее доступ к бессознательному, прежде всего активизирует органы чувств. Для многих людей сессия начинается с различных неспецифических сенсорных переживаний, таких как ощущение онемения, вибраций, покалываний в различных участках тела, визуализаций цветов или геометрических фигур, звона или шума в ушах, самых разнообразных тактильных ощущений в различных частях тела, вкусов и запахов. Эти более или менее абстрактные переживания, как правило, не имеют глубокого символического значения. Скорее, они представляют собой сенсорный барьер, который необходимо преодолеть.

Следующая область психики, доступ к которой открывается по мере развития процесса, обычно называется уровнем биографических воспоминаний и индивидуального бессознательного.

Переживания, принадлежащие этому уровню, связаны со значимыми событиями и обстоятельствами жизни человека от его рождения до настоящего момента. Неразрешенные конфликты, вытесненные или неинтегрированные воспоминания — все это может выплыть из бессознательного и стать содержанием переживания.

Биографический материал, появляющийся в сессии, в значительной степени соответствует представлениям З. Фрейда или его последователей. Есть, однако, несколько важных отличий. Во время дыхательной сессии биографический материал не вспоминается и не

реконструируется, а действительно вновь переживается, включая не только эмоции, но и физические, визуальные и прочие ощущения.

Другим важным отличием является то, что значимые биографические элементы в воспоминаниях появляются не изолированно, а образуют определенные динамические сгущения в памяти, так называемые системы конденсированного опыта (СКО).

СКО — это динамическое сочетание воспоминаний (с сопутствующими им фантазиями) из различных периодов жизни человека, которые объединяются сильным эмоциональным зарядом сходного качества, интенсивными физическими ощущениями определенного рода или общими важными элементами. СКО являются общими организующими принципами, действующими на всех уровнях психики.

Большинство биографических СКО динамически связаны с определенными аспектами процесса рождения, то есть с персональным уровнем психики. Перинатальные же темы и их элементы специфически связаны с соответствующим эмпирическим материалом из трансперсональной области. Обычно определенная динамическая СКО охватывает материал различных биографических периодов, биологического рождения и всевозможных областей трансперсонального мира, наподобие воспоминаний о других воплощениях, отождествления с животными или мифологических мотивов.

Связь между биологическим рождением и перинатальными переживаниями глубока и специфична. Это дает возможность использовать стадии биологических родов для построения теоретической модели, позволяющей понять динамику перинатального уровня бессознательного и даже прогнозировать на этом уровне.

Перинатальные переживания организованы в типичные тематические группы, базовые характеристики которых эмпирически связаны с анатомическими, физиологическими и биохимическими аспектами определенных клинических стадий рождения. Модель, основанная на этих стадиях, дает новое понимание динамической архитектуры различных форм психопатологии и создает новые возможности для терапии. Модель процесса рождения является мощным объяснительным принципом в рамках феноменов специфического уровня бессознательного. Перинатальный уровень бессознательного представляет собой важную промежуточную область между индивидуальным и коллективным бессознательным или между традиционной психологией и мистикой.

Переживания смерти и возрождения, отображающие перинатальный уровень бессознательного, богаты и сложны. События, связанные с различными стадиями или аспектами биологического рождения, как правило, перемежаются или ассоциируются с многочисленными мифологическими, мистическими, архетипическими, историческими,

социополитическими, антропологическими или филогенетическими трансперсональными переживаниями. Они проявляются в четырех эмпирических структурах, или сгущениях, связанных с клиническими стадиями рождения ребенка.

Для теории и практики голотропной терапии оказалось полезным постулировать существование четырех гипотетических динамических матриц, управляющих процессами на перинатальном уровне бессознательного. Они называются базовыми перинатальными матрицами (БПМ).

Развертывание перинатального уровня часто сопровождается также трансперсональными переживаниями вроде архетипических видений Великой Матери или Ужасной Богини — Матери, Рая, Чистилища, Ада, отождествлением с животными, с опытом прошлых воплощений.

Если системы конденсированного опыта (СКО) организуют важный эмоциональный материал на биографическом уровне, то Базовые перинатальные матрицы (БПМ) выполняют ту же функцию по отношению к накопленным в психике переживаниям перинатального уровня.

Биологическая основа БПМ-1 — это опыт исходного симбиотического союза плода с материнским организмом во время его внутриутробного существования. Если не возникает каких-либо помех, такая жизнь близка к идеальной. Наиболее сильным выражением качества этой матрицы является переживание космического единства, мистического единения. Так, элементы безмятежного внутриутробного состояния могут сопровождаться или перемежаться переживаниями, для которых характерно отсутствие границ или препятствий (например, переживаниями океанического сознания), или глубоким эмпирическим отождествлением с различными водными формами жизни (водорослями, медузами, рыбами, дельфинами и пр.), пребыванием в невесомости в межзвездном пространстве или в космическом корабле, находящемся на орбите. Картины природы в ее лучших проявлениях безопасности и изобилия (Природа — Мать) также являются характерными и логически естественными спутниками блаженного внутриутробного состояния.

Психологические отклонения во внутриутробной жизни ассоциируются с образами и переживаниями подводных опасностей, загрязненных потоков, озер или морей, зараженной или враждебной природы. Эти образы вызваны тем, что большая часть внутриутробных отклонений связана с токсичностью плаценты или с недостаточным питанием. Более грубые нарушения — опасность выкидыша или попытка аборта — переживаются как та или иная форма универсальной угрозы или связываются с кровавыми апокалиптическими видения-

ми конца света. Негативные аспекты БПМ-1 связываются с определенного рода негативными СКО и с соответствующими негативными трансперсональными элементами.

Вторая базовая перинатальная матрица (БПМ-2) связана с началом биологического рождения, с его первой клинической стадией. Первоначальная гармония и равновесие существования плода здесь нарушаются сначала химическими сигналами, а затем механическими сокращениями матки. Когда эта стадия полностью разворачивается, плод периодически сжимается маточными спазмами. В это время система еще полностью замкнута: шейка матки не раскрыта, выход недоступен. Конкретные воспоминания об угрозе, которую представляет собой для плода начало родов, получают свое символическое соответствие в образах космического поглощения. Название БПМ-2 — космическая поглощенность и отсутствие выхода. Символическое выражение полностью развернутой первой клинической стадии родов — это переживание отсутствия выхода или ада. Это чувство втянутости, всосанности, пойманности в клаустрофобический, кошмарный мир, переживание невероятных душевных и телесных мучений. Логика подобных переживаний отображает тот факт, что сокращения матки лишают плод притока крови к плаценте, то есть не только значимой связи с миром и человеческого контакта, но также и источников питания и тепла. Находясь под влиянием этой матрицы, человек перестает воспринимать позитивные возможности в мире и в своей жизни. Эти состояния сознания обычно сопровождаются мучительными чувствами одиночества, беспомощности, безнадежности, униженности, неадекватности, экзистенциального отчаяния и вины.

БПМ-2 привлекает к себе соответствующие СКО, представляющие человека как пассивную и беспомощную жертву превосходящей деструктивной силы, не имеющую шансов на спасение. Она также связана с трансперсональными темами сходного характера.

Третья базовая перинатальная матрица (БПМ-3) — это борьба смерти и возрождения. Многие важные аспекты этой матрицы объясняются ее связью со второй клинической стадией родов, когда продолжаются сокращения матки, но, в отличие от предыдущей стадии, шейка матки раскрыта, что позволяет плоду постепенно продвигаться по родовому каналу. Это чудовищная борьба за выживание, в которой младенец подвергается сокрушительному механическому давлению, испытывает недостаток кислорода и удушье. Кроме реалистического воспроизведения различных аспектов борьбы в родовом канале, он включает широкий спектр архетипических и других трансперсональных феноменов. Самые важные из них — элементы титанической борьбы. Садомазохистские переживания, сильное сексуальное возбуждение, демонические эпизоды, скатологические переживания и встреча с огнем. Все эти

аспекты и стороны БПМ-3 в силу глубокой эмпирической логики могут быть связаны с различными анатомическими, физиологическими и эмоциональными характеристиками соответствующих стадий родов.

Специфические характеристики переживаний связывают БПМ-3 с СКО, сформировавшимися из воспоминаний о ярких, рискованных чувственных и сексуальных переживаниях.

Четвертая базовая перинатальная матрица (БПМ-4) — переживание смерти и возрождения. Эта перинатальная матрица по смыслу связана с третьей клинической стадией родов, с непосредственным рождением ребенка. На этой, последней, стадии мучительный процесс борьбы за рождение походит к концу. Продвижение по родовому каналу достигает кульминации, и за пиком боли, напряжения и сексуального возбуждения следует внезапное облегчение и релаксация. Ребенок родился и после долгого периода темноты впервые сталкивается с ярким светом дня (или операционной). После отсечения пуповины прекращается телесная связь с матерью, и ребенок вступает в новое существование как анатомически независимый индивид.

Как и в других матрицах, некоторые относящиеся к этой стадии переживания представляют точную имитацию реальных биологических событий, произошедших при рождении, и специальных акушерских приемов.

Символическим выражением последней стадии родов является опыт смерти — возрождения. В нем представлено окончание и разрешение борьбы смерти — возрождения. Парадоксально, что, находясь буквально на пороге освобождения, человек ощущает приближение чудовищной катастрофы. Если же переживания продолжаются, переход от БПМ-3 к БПМ-4 влечет за собой чувство полного уничтожения, аннигиляции на всех мыслимых уровнях — физической гибели, эмоционального краха, интеллектуального поражения, окончательного морального и вечного проклятия трансцендентных масштабов. Такой опыт «гибели Эго» заключается в мгновенном, безжалостном уничтожении всех прежних опорных точек в жизни человека.

Эмпирическое переживание смерти и возрождения, как правило, открывает доступ к области человеческой психики, лежащей за пределами биографии, которую лучше всего назвать трансперсональной. Можно сказать, что перинатальный уровень бессознательного представляет собой интерфейс между биографической и трансперсональной областями или между индивидуальным и коллективным бессознательным. В большинстве случаев трансперсональным переживаниям предшествует драматичная встреча с рождением и смертью. Однако это не строго обязательно: непосредственное соприкосновение с трансперсональными элементами и темами эмпирически возможно и без прохождения перинатального уровня. Общим знаменателем

является переход сознания за обычные границы Эго и преодоление ограничений времени и пространства.

Хотя трансперсональные переживания и возникают в процессе глубокого индивидуального самоисследования в голотропной терапии, их невозможно интерпретировать как чисто интрапсихические явления в общепринятом смысле слова. С одной стороны, они образуют непрерывный эмпирический континуум с биографическими и перинатальными переживаниями. С другой — они, по-видимому, непосредственно, без помощи органов чувств, подключаются к источникам информации, находящимся вне традиционного доступа человека.

Трансперсональные переживания занимают специальное место в картографии человеческой психики. Уровень психоаналитических воспоминаний и индивидуального бессознательного является чисто биографическим по своей природе. Перинатальная динамика представляет собой как бы пересечение границ между личным и трансперсональным. Это отражается в ее глубокой связи с рождением и смертью — началом и концом индивидуального человеческого существования. Трансперсональные феномены обнаруживают связи между индивидом и Космосом, которые пока выходят за пределы нашего понимания. Можно лишь сказать, что в процессе развертывания перинатального уровня возникает странная, напоминающая ленту Мебиуса, петля, в которой глубокое самоисследование оборачивается эмпирическим постижением Вселенной в целом, включая космическое сознание и сверхсознательную разумность.

Глава 17
МЕТОДЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ

С точки зрения М. М. Кабанова (1974), в концепции медицинской профилактики следует выделять три последовательные «ступени»: первичная — профилактика в собственном смысле этого слова как предупреждение возникновения каких-либо нарушений и заболеваний; вторичная — лечение уже имеющихся расстройств; третичная — реабилитация. Реабилитация участников войн представляет собой совокупность медицинских, военно-профессиональных, социально-экономических и педагогических мер, направленных на восстановление здоровья и боеспособности (трудоспособности), нарушенных или утраченных военнослужащими в связи с болезнью или травмой (Авдейко В. М. [и др.], 1990).

Одними из наиболее эффективных, простых в освоении и использовании в системе психопрофилактики и медико-психологической

реабилитации являются различные методики психической саморегуляции (Алиев Х. М., 1990).

Несмотря на широкое практическое использование разнообразных методик саморегуляции и непрерывно возрастающий к ним интерес, в научной литературе до сих пор нет однозначного понимания термина «психическая саморегуляция» (Тимофеев В. И., 1995).

В широком смысле понятием «психическая саморегуляция» обозначается один из уровней регуляции живых систем, для которого характерно использование психических средств отражения и моделирования реальности (Конопкин О. А., 1980). В более узком, «прикладном» смысле при определении саморегуляции делают акцент на психической саморегуляции человеком его наличного состояния (Тимофеев В. И., 1995). Несмотря на разницу в уровнях обобщения понятия саморегуляции, общими для них являются выделение психического состояния человека в качестве объекта воздействия и направленность на активное использование внутренних средств регуляции, а именно средств психической активности.

В качестве средств саморегуляции авторы научных публикаций указывают: опережающее отражение (Платонов К. К., 1981), психическое отражение и моделирование, самосознание (Калюткин Ю. Н., 1977), сознание (Моисеев Б. К., 1979), слова и мысленные образы (Алексеев А. В., 1979), образные представления (Алиев Х. М., 1984), постановку целей, создание программы действий (Никифоров Г. С., 1986).

В качестве целей психической саморегуляции выделяют: поддержание работоспособности, приспособление (обеспечение жизнедеятельности) в стрессовых ситуациях, поддержание здоровья или функционирования. В наиболее общем виде, целью саморегуляции можно считать изменение субъектом психического состояния, не выполняющего адаптивную функцию согласования потребностей человека и условий жизни (Тимофеев В. И., 1995). При этом позитивные изменения достигаются за счет внутренних средств регуляции, приемов активного психического самовоздействия, связанных с реализацией внутренних ресурсов.

Наиболее удачными определениями **саморегуляции** представляются следующие:

1. «Психическое самовоздействие для целенаправленной регуляции всесторонней деятельности организма, его процессов, реакций и состояний» (Гримак Л. П., 1983).

2. «Такая активность человека, которая путем изменения представленного в сознании психического образа жизненной ситуации изменяет психическое состояние человека для обеспечения возможности реализации жизни, удовлетворения актуальных потребностей» (Тимофеев В. И., 1995).

3. «Направленная регуляция различных процессов и действий (реакций) организма, осуществляемая им с помощью своей психической активности (целевое психическое самовоздействие для направленной регуляции всесторонней деятельности организма, его процессов и реакций)» (Ромен А. С., 1973).

В свою очередь, несогласованность определений саморегуляции, достаточно абстрактный их характер, малая представленность «практического начала» приводит к отсутствию единого подхода к систематике способов саморегуляции. Для существующих классификаций характерно взятие за основу каких-либо понятий, критериев, важных с точки зрения автора. Так, например, В. П. Некрасов (1985) предлагает классификацию по внешнему признаку: на вербальные — невербальные, аппаратурные — неаппаратурные и т. д. Ю. И. Филимоненко (1982) делает акцент на содержании отражения — «объекты сознания», понимая под ними «образы актуальной жизненной ситуации и значимых отношений» и предлагает классификацию по особенностям замещающего образа сознания, возникающего в ходе саморегуляции. Так, замещающий образ сознания может быть внеситуативным (содержащим отдельные телесные ощущения), ситуативным (образ другой значимой конкретной ситуации) и надситуативным (образ более обобщенной ситуации по сравнению с исходной). Интересную, с практической точки зрения, классификацию способов саморегуляции предлагает В. И. Тимофеев (1995), подразделяя их на четыре группы в зависимости от величины «пространственно-временного масштаба образа». Для первой группы способов саморегуляции характерно наличие внеситуативного замещающего образа сознания. Для таких образов характерно отсутствие целостного отражения ситуации, а отражение получают либо отдельные телесные ощущения, либо субмодальные характеристики зрительной, слуховой или иной модальности, не связанные друг с другом. За счет этого происходит диссоциация с негативным для состояния первоначальным образом жизненной ситуации. С точки зрения автора, к этой группе относятся методики аутогенной тренировки со всеми ее модификациями, методика прогрессирующей мышечной релаксации, а также техники работы с субмодальностями в нейролингвистическом программировании. Вторая группа способов саморегуляции основана на представлении негативного события текущей жизненной ситуации в связи с собственным опытом другого, но позитивного жизненного события. Образ позитивного опыта в данном случае имеет сходный пространственно-временной масштаб текущей жизненной ситуации с масштабом первоначального негативного образа и содержит возможность удовлетворения потребности. К этой группе относятся метод программируемой саморегуляции, некоторые техники интеграции «якорей» в нейролингвистическом программировании. Третья группа

способов саморегуляции основана на построении образа жизненной ситуации в контексте других событий жизненного пути, осмысления ситуации в ее биографическом масштабе. Практические разработки этого направления редки. В. И. Тимофеев (1995) относит сюда работы А. А. Кроника (1989) по изучению биографического времени личности. К последней, четвертой группе относятся еще менее разработанные способы саморегуляции. Они представляют собой построение образа жизненной ситуации «в социально-историческом контексте, осмысление события жизни с выходом за пределы личного биографического опыта в исторический пространственно-временной масштаб».

Наиболее типичной, основной задачей, решению которой посвящены практически все методики саморегуляции, является снижение психофизиологической напряженности, выраженных стрессовых реакций и предотвращение их нежелательных последствий. Решение этой задачи достигается посредством обучения самостоятельному вхождению в так называемое состояние «релаксации» (от лат. *relaxatio* — уменьшение напряжения, расслабление) и достижения на его основе различных степеней аутогенного погружения, при переживании которых создаются благоприятные условия для полноценного отдыха, усиления восстановительных процессов и выработки навыков произвольной регуляции ряда вегетативных и психических функций.

По мнению ряда авторов, наблюдаемые в этих состояниях сдвиги в протекании физиологических и, прежде всего, нейрогуморальных процессов, являются обратной копией ответа организма на стрессовую ситуацию (Лобзин В. С., 1980). С этой точки зрения релаксационное состояние — «энергетический антипод стресса», рассматриваемый со стороны его проявлений, особенностей формирования и механизмов запуска (Филимоненко Ю. И., 1982).

Опыт показывает, что в процессе освоения методик саморегуляции состояние релаксации претерпевает закономерные изменения не только количественного, но и качественного характера.

Вначале формируется состояние релаксации, которое рассматривается большинством исследователей как начальная стадия аутогенного погружения, характеризующаяся возникновением ощущений тепла, тяжести во всем теле, отвлечения от внешних раздражителей, переживания состояния покоя, отдыха, внутренней безмятежности, снятием тревоги и беспокойства.

Более глубокие стадии аутогенного погружения сопровождаются ощущением легкости, невесомости тела, внутренней свободы, максимальной концентрацией на внутренних ощущениях и переживаниях и являются измененными состояниями сознания активной природы. В таком контексте измененные состояния сознания рассматриваются как неспецифические компенсаторные реакции психики, направлен-

ные на оптимизацию психической деятельности в непрерывно изменяющихся условиях окружающей действительности (Минкевич В. Б., 1994). Их общебиологическое значение заключаются в том, что измененный режим работы головного мозга сопровождается также измененной биохимией мозга, что связано с образованием в мозговых синапсах коры и подкорковых структур головного мозга высокоактивных нейрохимических веществ — нейропептидов, энкефалинов, эндорфинов (Архангельский А. Е., 1994), которые нетоксичны и обладают выраженными лечебными свойствами стимулирующего, седативного и обезболивающего действия. С точки зрения С. Грофа (1994), каждому уровню сознания соответствует совершенно разный характер паттернов метаболической активности головного мозга, при этом «психика в измененном состоянии сознания спонтанно проявляет высокие терапевтические возможности, преобразуя и растворяя в этом процессе те или иные симптомы».

Для многих из этих состояний (в том числе состояний аутогенного погружения) характерно превалирование рецептивного модуса «Я» (*ego-receptivity*, по терминологии американских исследователей). Его характерными признаками являются нижеуказанные особенности.

Во-первых, редукция внутреннего диалога, необходимого для поддержания устойчивого «Я»-образа, который можно определить как набор относительно постоянных, свойственных личности установок (паттернов, шаблонов) когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования.

Во-вторых, «размытость» границ между сознанием и бессознательным, что способствует более легкому появлению в сознании психических феноменов, остающихся, как правило, неосознаваемыми в обычном состоянии.

В-третьих, следствием этого является большая гибкость, пластичность «Я», его большая восприимчивость к другим возможным способам реагирования и поведения и, в некоторых случаях, закрепление более полезных вариантов.

В-четвертых, детерминация возникающих образов, ассоциаций и т. д., их организация и направленность психических процессов доминирующими установками, которые в большинстве случаев являются частично или полностью неосознаваемыми.

Данные особенности создают благоприятные условия для отреагирования накопленного психоэмоционального напряжения; осознания на эмоциональном и когнитивном уровнях психотравмирующих событий (получившее в англоязычной литературе название «инсайт»); перехода к более адекватным формам реагирования.

Следует обратить внимание, что описание глубоких стадий аутогенного погружения является близким понятию осознанного транса

в понимании М. Эриксона, одного из самых известных американских гипнотерапевтов. С его точки зрения, транс является естественным состоянием человека, «поскольку именно в состоянии транса человек обращается к внутреннему опыту и организует его так, чтобы изменить свою личность в нужном направлении» (Горин С. А., 1995). Это состояние сознательного покоя при активной бессознательной деятельности. Кроме этого подчеркивается, что для него характерна внутренняя активность с ограниченным фокусом внимания, когда внимание человека направлено преимущественно внутрь, а не во внешний мир.

Немаловажно, что применение методик саморегуляции позволяет оптимизировать способ достижения поставленной перед субъектом цели. Кроме улучшения эффективности деятельности с их помощью достигается снижение «внутренней стоимости» затрачиваемых на выполнение деятельности усилий, оптимизация затраты внутренних ресурсов. Кроме того, в процессе освоения методик саморегуляции происходит активное формирование таких личностных качеств, как эмоциональная устойчивость, выносливость, целеустремленность, обеспечивающих выработку адекватных внутренних средств преодоления трудных ситуаций и сопутствующих им состояний.

Достижение состояния измененного сознания позволяет перейти к следующему, более сложному кругу задач саморегуляции. С одной стороны, это активизация протекания восстановительных процессов и усиление мобилизации ресурсов, что создает предпосылки формирования состояний с высокой активностью и работоспособностью. С другой стороны, — решение некоторых частных, индивидуальных проблем пациента, иными словами: «целенаправленной регуляции отдельных процессов, реакций и состояний» (Ромен А. С., 1973).

В настоящее время существует достаточно большое количество методик саморегуляции, направленных на обучение умению самостоятельно достигать состояний отдыха и покоя, и через это — повышения возможностей реализации психофизиологических резервов человека, в том числе и в экстремальных ситуациях. К ним относятся техника прогрессирующей (активной) и пассивной нервно-мышечной релаксации, метод аутогенной тренировки (АТ), различные приемы самовнушения и самогипноза, идеомоторная тренировка и т. д.

Среди методов саморегуляции, направленных на достижение различных стадий состояния релаксации, наибольшую известность и широкое практическое применение получили приемы «прогрессирующей» и пассивной нервно-мышечной релаксации Э. Джекобсона и методика аутогенной тренировки.

Техника «прогрессирующей» или активной нервно-мышечной релаксации была разработана Эдмундом Джекобсоном (E. Jacobson) в

1920 г. и до настоящего времени считается одной из наиболее эффективных. Именно она положила начало научной разработке приемов саморегуляции, направленных на формирование состояния релаксации. Э. Джекобсон установил прямую зависимость между повышенным тонусом поперечно-полосатой мускулатуры (и, как следствие, вегетативно-сосудистыми сдвигами) и различными формами отрицательного эмоционального возбуждения. Для устранения этого избыточного напряжения и связанных с ним неприятных ощущений он предложил использовать следующее физиологическое явление: любое сокращение скелетной мышцы состоит из латентного периода, во время которого развивается потенциал действия, фазы укорочения и фазы расслабления. Следовательно, чтобы добиться глубокой релаксации всех мышц организма, нужно одновременно или последовательно сильно напрягать все эти мышцы. Изначально автор разработал около 200 специальных упражнений для максимального напряжения разных мышц, включая самые мелкие. В дальнейшем были выделены 16 основных мышечных групп, которые необходимо расслаблять в следующей последовательности:

1. Доминантная кисть и предплечье (максимально сильно сожмите кулак и согните кисть).
2. Доминантное плечо (согните руку в локте и сильно надавите локтем в спинку стула).
3. Недоминантная кисть и предплечье (см. доминантные).
4. Недоминантное плечо (см. доминантное).
5. Мышцы верхней трети лица (поднимите брови как можно выше).
6. Мышцы средней трети лица (сильно зажмурьтесь, нахмурьтесь и наморщите нос).
7. Мышцы нижней трети лица (сильно сожмите челюсти и отведите уголки рта назад, к ушам).
8. Мышцы шеи (наклоняйте подбородок к груди и одновременно напрягайте мышцы задней поверхности шеи, чтобы препятствовать сгибанию).
9. Мышцы груди, надплечий и спины (сведите лопатки вместе и опустите их вниз, выгните спину).
10. Мышцы спины и живота (напрягите мышцы брюшного пресса).
11. Доминантное бедро (напрягите передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряженном полусогнутом положении).
12. Доминантная голень (максимально потяните на себя носочек ступни).
13. Доминантная ступня (сожмите пальцы ступни и поверните ее кнутри).
14. Недоминантное бедро (см. доминантное).

15. Недоминантная голень (см. доминантные).
16. Недоминантная ступня (см. доминантная).

Упражнения начинают с приобретения навыков дифференциации состояний максимального напряжения и возникающего вслед за этим физиологического расслабления. Обычно занятия проводятся в удобном наклонном кресле, реже лежа. Положение тела должно быть таким, чтобы избежать напряжения отдельных мышечных групп, например мышц спины. Все мешающее сосредоточению должно быть устранено. Психотерапевт начинает упражнения с 1-й мышечной группы. В течение 5–7 с пациент максимально напрягает мышцы, затем полностью их расслабляет и в течение 30 с сосредотачивает внимание на возникающем при этом расслаблении.

В процессе занятий психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на ощущениях, особенно при групповых занятиях. Например, «сконцентрируйтесь на мышцах правого предплечья и кисти, максимально сожмите кулак. Заметьте, как напряглись мышцы, где появилось напряжение. Теперь расслабьте мышцы, постарайтесь полностью расслабить мышцы, улавливайте, как они расслабляются все больше, сконцентрируйтесь на приятном чувстве расслабления. Заметьте, как параллельно развиваются расслабление и успокоение».

Упражнение в одной группе мышц может быть повторено несколько раз, пока пациент не почувствует наступления полного расслабления. После этого переходят к следующей мышечной группе. В конце упражнения несколько минут можно посвятить достижению полного расслабления всего тела. После занятий врач отвечает на вопросы пациентов.

Для успешного овладения методикой пациент должен дважды выполнить упражнения самостоятельно в течение дня. Последние упражнения лучше проводить в постели перед сном.

По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах уменьшается, и постепенно все более используется метод воспоминаний. Пациент научается различать напряжение в мышцах, припоминая, как запечатлелось у него в памяти расслабление в этой группе мышц, и снимать его, сначала несколько усиливая напряжение в мышцах, а потом и не прибегая к дополнительному напряжению. Каждое укрупнение мышечных групп укорачивает длительность занятия (Федоров А. П., 2002).

В целом, процесс обучения включает три основные стадии. На первой вырабатываются навыки произвольного расслабления отдельных групп мышц в состоянии покоя. На второй стадии они объединяются в целостные комплексы, обеспечивая расслабление либо всего тела, либо отдельных его участков. На этом этапе тренировка начинает проводиться не только в состоянии покоя, но и при выполнении

отдельных видов деятельности, не затрагивая мышц, участвующих в реализации соответствующих двигательных актов. Цель заключительной стадии состоит в усвоении так называемого «навыка отдыха» (*habit of repose*), позволяющего произвольно вызывать расслабление в тех жизненных ситуациях, когда необходимо быстро снять или уменьшить степень острых аффективных переживаний и перенапряжения.

Использование методики активной мышечной релаксации показало свою эффективность при расстройствах пограничного уровня (и в первую очередь при невротических состояниях), психосоматических расстройствах (гипертонической болезни, мигренях и т. д.). Не вызывает сомнений уместность ее использования в профилактических целях как своеобразного «психогигиенического средства».

Э. Джекобсон разработал также **пассивный вариант нервно-мышечной релаксации**. При нем мышечное напряжение практически не используется. Техника основана на концентрации внимания на естественно возникающем в носу ощущении холода при вдохе и тепла при выдохе и мысленном переносе этих ощущений на другие участки тела.

Пациент занимает удобную позу, сидя на стуле, закрывает глаза, расслабляет все мышцы тела. Запрещается перекрест рук и ног. Если он ощущает напряжение мышц в какой-либо области, то предлагается напрячь эту группу мышц и через предварительное напряжение достичь расслабления мышц. Потом проверить правильность положения языка в полости рта. Он должен быть расслаблен и не касаться стенок полости рта.

Далее пациенту предлагается установить свободное, спокойное дыхание, представить, как вместе с выдыхаемым воздухом его покидают посторонние мысли и напряжение. Затем пациенту необходимо сконцентрироваться на ощущениях, возникающих в носу при дыхании, ощущении прохлады при вдохе и тепла при выдохе, сделать 10–12 вдохов и выдохов, ярко прочувствовать эти ощущения тепла и прохлады.

Потом надо обратить внимание, как эти ощущения могут опуститься по дыхательным путям до уровня щитовидной железы. Если у пациента появились четкие ощущения прохлады и тепла в этой области, то он должен полностью сфокусироваться на области щитовидной железы, представить, будто он начинает дышать через эту область, как будто его нос, через который он обычно осуществляет дыхание, переместился в область щитовидной железы, сделать 10–12 вдохов и выдохов, ярко прочувствовать ощущение прохлады при вдохе и тепла при выдохе в этой области. Далее переместить внимание на область солнечного сплетения и начать дышать через нее. Также хорошо ощутить прохладу в этой области при вдохе и тепло при выдохе.

Затем пациент кладет руки на колени ладонями вверх и представляет, что он дышит через ладони, также ощущая прохладу при вдохе и тепло при выдохе. Потом дыхание осуществляется через стопы. После чего ему предлагается мысленным взором просмотреть все тело и отметить, не задержались ли где-нибудь остатки напряжения. Если таковые будут обнаружены, пациенту необходимо сконцентрироваться на них и представить, как через это место (исключая области сердца и головы) осуществляется дыхание. В дальнейшем постепенно в обратном порядке идет возвращение концентрации внимания к области носа, на которой и заканчивают релаксацию.

У метода пассивной нервно-мышечной релаксации существует несколько положительных и отрицательных сторон. Ее преимуществами являются: отсутствие ограничений, связанных с возможными физическими расстройствами; пациент может заниматься пассивной релаксацией, не мешая окружающим и не привлекая к себе внимания; на освоение методики уходит меньше времени. Основным недостатком при использовании пассивной формы нервно-мышечной релаксации является то, что она, как и другие формы умственного воображения, может способствовать возникновению отвлекающих мыслей, что ограничивает ее применение у пациентов с выраженной тревогой.

Более широкие возможности для достижения глубоких стадий аутогенного погружения и реализации самоуправляющих воздействий предоставляет **аутогенная тренировка** И. Г. Шульца и ее многочисленные модификации. Создание аутогенной тренировки датируют 1932 г.

И. Шульц обратил внимание на то, что в процессе погружения в гипнотическое состояние все люди переживают определенный комплекс телесных ощущений. Он включает в себя своеобразную тяжесть во всем теле и последующее приятное ощущение тепла. И. Шульц установил, что ощущение тяжести является следствием снижения тонуса скелетной мускулатуры, а тепла — расширения кровеносных сосудов. Кроме того, И. Шульц обратил внимание, что некоторые люди могли самостоятельно достигать гипнотического состояния, мысленно повторяя формулы ранее применявшегося гипнотического внушения и вспоминая соответствующие ощущения. При этом у них также последовательно развивались ощущения тяжести и тепла. По мнению В. С. Лобзина, М. М. Решетникова (1986), основной заслугой И. Шульца является доказательство того, что при значительном расслаблении поперечнополосатой и гладкой мускулатуры возникает особое (измененное) состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные функции организма. Это состояние может быть достигнуто через применение приемов вербального самовнушения. Реализа-

цией этих находок в практическом плане и стало создание оригинальной методики аутогенной тренировки, которую И. Шульц разделил на две ступени. Аутогенная тренировка I ступени преследует следующие основные цели: обучение самостоятельному вхождению в аутогенное состояние; оказание нормализирующего влияния на вегетативные и соматические функции; снятие избыточного психоэмоционального напряжения. При создании АТ «высших ступеней» И. Шульц ставил целью оптимизацию высших психических функций и межличностных отношений. Необходимо отметить, что процесс освоения и применения аутогенной тренировки носит активный, тренирующий характер, сопровождаясь вовлечением личности в регуляцию своего состояния, формированием позитивных эмоционально-волевых качеств.

Признано, что основанием для метода АТ, наряду с некоторыми приемами хатха-йоги и раджи-йоги, классического гипноза, рациональной психотерапии, является использование различных приемов самовнушения. Принципиальным механизмом аутогенной тренировки является формирование устойчивых связей между словесными формулировками и возникновением определенных состояний в различных психофизиологических системах. Формулы самовнушения представляют собой субъективные маркеры, опосредованно отражающие сложные комплексы чувственных представлений: органических ощущений, чувства мышечного напряжения, эмоционально окрашенных образов и т. д. На этапе развитого овладения аутогенной тренировкой применяется фиксированный набор формул самовнушения, позволяющий быстро вызвать необходимые ощущения (состояние) по рефлекторному пути. Однако для достижения действенности таких связей необходим этап длительного активного обучения с целью выработки приемов саморефлексии, индивидуально используемых систем образных представлений и идеомоторных актов.

И. Шульц предложил для освоения 7 упражнений:

1. Я совершенно спокоен.
2. Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая, обе руки и ноги тяжелые.
3. Моя правая (левая) рука (нога) теплая, обе руки и ноги теплые.
4. Сердце бьется ровно и мощно.
5. Дыхание совершенно спокойное.
6. Мое солнечное сплетение излучает тепло.
7. Мой лоб приятно прохладен.

Первые три из них относятся к основным, последующие к органоспецифичным.

Прежде чем начать занятия аутогенной тренировкой, выясните, нет ли противопоказаний. Их немного: возраст до 12–14 лет, все заболевания в острой стадии, наличие острой психопродуктивной сим-

птоматики, сосудистая гипотония с цифрами артериального давления ниже 80/40 мм рт. ст. Последнее противопоказание условно, так как разработан психотонический вариант аутогенной тренировки, при котором артериальное давление не только не снижается, но даже несколько повышается и стабилизируется.

Аутогенная тренировка послужила основой для создания многочисленных модификаций и видоизменений классической методики И. Г. Шульца. С нашей точки зрения, можно выделить два основных направления трансформации, обусловленных рядом причин.

Первый ряд причин, повлекший специфическую трансформацию аутогенной тренировки, распадается на две составляющие.

Во-первых, это фактор времени, то есть то время, которое необходимо затратить обучаемому на овладевание навыками саморегуляции. Напомним, что уже первая ступень аутогенной тренировки, в ее классическом варианте, требует для своего полноценного освоения 3–4 мес. Такой длительный срок освоения накладывал серьезные ограничения на ее применение даже в условиях клиники, что связано с ограниченным сроком нахождения больных в стационаре (как правило, не более двух месяцев). С учетом высокого темпа современной жизни возникали достаточно серьезные проблемы и при применении ее в амбулаторной практике.

Во-вторых, в большинстве случаев результаты от занятий аутогенной тренировкой становятся очевидными для обучающихся лишь по прошествии достаточно длительного времени. Это подразумевает необходимость изначально высокой мотивации, наличие определенных личностных качеств (высокая уверенность в своих силах, определенные навыки саморефлексии и т. д.).

Таким образом, первое направление многочисленных модификаций аутогенной тренировки преследует две основные цели: уменьшение времени, необходимого для освоения приемов саморегуляции, и достижение положительных результатов уже на первых занятиях (для укрепления мотивационных установок, уверенности в себе и т. д.).

В основе второго направления модификаций аутогенной тренировки лежит стремление построить приемы саморегуляции с учетом конкретной ситуации (или сферы применения) и специфических целей (требуемого типа состояния). По замечанию одного из ведущих специалистов в области аутогенной тренировки А. В. Алексеева (1983), «уже давно специалисты в разных странах... пришли к твердому убеждению, что различные задачи, которые необходимо решать как со здоровыми, так и с больными людьми, требуют своих, прицельно направленных вариантов...» саморегуляции.

Следует отметить, что выделение двух направлений трансформации носит условный характер, призванный лишь подчеркнуть нали-

чие различных объективных причин, приведших к появлению многочисленных модификаций аутогенной тренировки.

Из анализа литературы видно, что в настоящее время названные проблемы решаются несколькими способами.

Значительное сбережение времени, необходимого для освоения навыков саморегуляции, а также достижение положительных результатов уже на первых занятиях (и что немаловажно — их очевидность для обучаемых) достигается с помощью применения, наряду с аутосуггестией, приемов гетеросуггестии в форме гетеротренинга. При этом характерным является достаточно интенсивное использование гетеросуггестии на первых занятиях с использованием гипнотических приемов и постепенным смещением акцента на аутосуггестию к концу курса методики. Таким образом, если в начале занятия больше напоминают сеанс гипнотерапии, то на заключительной стадии обучаемый проводит регуляцию своего состояния практически самостоятельно, без посторонней помощи. В настоящее время существует довольно большое количество методик саморегуляции, использующих приемы гетеросуггестии и гипноза. К их числу относятся: ступенчатый активный гипноз по Э. Кречмеру; модификация аутогенной тренировки А. Т. Лебединского и Т. Л. Бортника; методика И. М. Перекрестова и, близкая ей, методика Я. Р. Докторского; методика «внушенной системы вербальных кодов»; методика экспресс-саморегуляции Н. А. Лайши и многие другие.

В литературе имеются указания на высокую эффективность комбинации ауто- и гетеровоздействий в условиях психосоматического стресса и при проведении занятий в группах с исходно низкой уверенностью в себе.

Необходимость достижения различных желаемых состояний в зависимости от специфики конкретной ситуации и контингента обучаемых решается двумя способами. С одной стороны, возможность такой разной направленности воздействия обеспечивается включением различных упражнений и в разной последовательности в комплекс методики саморегуляции. Как правило, вначале достигается состояние релаксации, а через него — требуемое состояние. С другой стороны, необходимость учета особенностей формируемого состояния, специфика рода деятельности и ситуации для повышения ее эффективности закономерным образом повлекли изменение содержания формул самовнушения. Кроме того, важно отметить, что переживание состояний аутогенного погружения для современных методов, направленных на формирование самоуправляющих воздействий, не является самоцелью. Главное состоит в достижении требуемого состояния «на выходе», а также в получении отсроченного оптимизирующего воздействия. Для этого используются специальные формулировки самоприказов —

так называемые «формулы цели», задающие нужную ориентацию дальнейшему развитию состояния. Формулы цели, осваиваемые в ходе саморегуляции, так же как и формулы самовнушения могут иметь разную направленность в зависимости от особенностей достигаемого состояния, специфики сферы деятельности и контингента.

В настоящее время существуют многочисленные методики саморегуляции, применяемые в самых различных областях деятельности.

Большое распространение различные методики саморегуляции получили в медицине для целенаправленного лечения нервно-психических расстройств, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, в акушерстве и т. д. Сюда относятся «направленная тренировка органов» по Х. Кляйнзорге — Г. Клюмбиес, психотоническая тренировка по К. И. Мировскому — А. Н. Шогаму, коллективно-индивидуальный метод Г. С. Беляева, методика Я. Р. Докторского; методика экспресс-саморегуляции Н. А. Лайши (1991) и многие другие.

Оригинальные методики саморегуляции широко используются в спортивной практике. С нашей точки зрения, наиболее интересной методикой является психорегулирующая методика А.В. Алексеева. Ее применение направлено на регуляцию общего состояния спортсмена, причем характер оказываемого самовоздействия может быть полярно противоположным — как успокоительным, так и мобилизующим. Она применяется для устранения таких неблагоприятных состояний, как «предстартовая лихорадка», «предстартовая апатия», длительное перенапряжение и др.

Имеется большой опыт применения методик саморегуляции в различных профессиональных областях. Кроме широкого использования в сфере производства, они получили признание в видах профессиональной деятельности, связанных с воздействием экстремальных нагрузок. Сюда, прежде всего, относятся: авиация и космонавтика, особые виды операторской деятельности, плавсостав.

Следовательно, выбор определенного набора упражнений, индивидуального содержания формул самовнушения и цели с учетом специфики контингента, области применения, а также особенностей достигаемого состояния позволяет наиболее эффективно использовать методики саморегуляции в отдельных сферах деятельности.

Существующие методики саморегуляции имеют широкий диапазон применения. Они могут входить в систему психопрофилактики (защита от деструктивного воздействия стрессоров, оптимизация функционального состояния и т. д.), а также являться составной частью лечебных и реабилитационных мероприятий (нормализация психоэмоционального состояния, улучшение функционирования внутренних органов и т. д.).

Таким образом, основными результатами применения методик саморегуляции являются: защита от повреждающего стрессового воздействия, активизация восстановительных процессов, повышение адаптивных возможностей и усиление мобилизационных способностей в экстремальных ситуациях. С учетом интенсивности стрессовых факторов и спектра психических расстройств, характерных для деятельности специалистов, работающих в экстремальных условиях, а также их простоты, доступности и эффективности, применение методик саморегуляции является крайне важным моментом в системе психопрофилактики, медико-психологической реабилитации таких специалистов (спасателей, ликвидаторов, военнослужащих и др.). В связи с этим разработаны эффективные методики психической саморегуляции для профессионалов, работающих в чрезвычайных ситуациях, с учетом особенностей их деятельности, этапа оказания медико-психологической помощи и степени выраженности психических нарушений.

Для профилактики психических нарушений у специалистов на этапах подготовки к опасной экстремальной деятельности разработана методика саморегуляции «**Мобилизация-2**», а для оказания помощи в восстановительном периоде — методика саморегуляции «**Мобилизация-1**». Эти методики разработаны В. Е. Саламатовым, Ю. К. Малаховым и А. М. Губиным на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии; их эффективность многократно проверена в клинических и полевых условиях.

Особенностями методик являются:

1. Учет специфики стрессогенных факторов чрезвычайной ситуации, задач, стоящих перед специалистами в этих условиях; возможностей применения методик на различных этапах оказания помощи.
2. Формирование, наряду с релаксацией, состояния мобилизации к деятельности.
3. Простота и легкость освоения в короткие сроки.
4. Возможность группового обучения вхождению в состояние аутогенного погружения в виде гетеротренинга.
5. Самостоятельное применение освоенных приемов саморегуляции в последующей деятельности.
6. Использование простых «ключей доступа» для вхождения в состояние аутогенного погружения и мобилизации.
7. Возможность обучения методикам с помощью аудиоаппаратуры.

Освоение методик включает в себя выработку навыков управления вниманием, оперирования чувственными образами, регуляцию мышечного тонуса и ритма дыхания, а также словесные внушения и самовнушения. Применение вышеописанных навыков, входящих в систему саморегуляции, помогает специалисту осуществлять целена-

правленное волевое программирование своего состояния как в ходе выполнения упражнений, так и на определенное заданное время при выполнении профессиональной деятельности. Простота методик позволяет применять их в непосредственной близости к району чрезвычайной ситуации и привлекать к их проведению врача или психолога, не имеющих специальной (психиатрической и психотерапевтической) подготовки.

Для специалистов со сформировавшимися нозоспецифическими психическими расстройствами пограничного уровня на этапе оказания специализированной психиатрической помощи разработана ассоциативная методика психической саморегуляции.

Методика саморегуляции **«Мобилизация-1»** предназначена для оказания психотерапевтической помощи специалистам с психическими нарушениями, связанными с предшествующим воздействием стрессогенных факторов.

Прямыми показаниями к ее применению являются психические нарушения предпатологического и донозологического уровня. Кроме того, методика позволяет эффективно купировать умеренно выраженную симптоматику в рамках пограничных психических расстройств, в первую очередь, невротических. Относительными показаниями к ее применению являются психопатические реакции, аффективные нарушения при токсикоманиях (алкоголизме, никотиномании и др.) без выраженного абстинентного синдрома. Кроме того, методика эффективна при психосоматических заболеваниях, прежде всего, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, гастриты, холециститы). Методика саморегуляции может с успехом применяться в терапии вегетативно-сосудистых расстройств, при шейном и поясничном остеохондрозе, ангиодистонических нарушениях.

Противопоказания существенно не отличаются от таковых при других методиках саморегуляции. Абсолютными противопоказаниями считаются: эндогенные психические расстройства в периоде обострения (наличие психотической симптоматики, выраженные поведенческие нарушения и т. д.); психические и неврологические заболевания, сопровождающиеся судорожными синдромами, различными нарушениями сознания (делириозные проявления, «психические эквиваленты» при эпилепсии и т. д.), выраженным интеллектуально-мнестическим снижением. Не рекомендуется применение методики у больных наркологического профиля с абстинентным синдромом, выраженной личностной деформацией («деградацией личности»). Относительные противопоказания: психопатии возбудимого круга в стадии декомпенсации; эпилепсия с редкими судорожными при-

падками или их эквивалентами; эндогенные психозы с эмоционально-волевым дефектом.

Методика саморегуляции «Мобилизация-1» может использоваться для восстановления и оптимизации психического состояния при наличии отдельных астенических и невротических проявлений (высокий уровень тревожности, плохой сон, раздражительность и пр.), а также для быстрого (за 20–30 мин) снятия утомления, эмоционального напряжения, повышения работоспособности и уверенности в своих силах.

Методика состоит из пяти частей, записана на трех аудиокассетах и снабжена подробными инструкциями. Курс состоит из 10 ежедневных занятий продолжительностью 30–35 мин, предпочтительно в утреннее время.

Часть 1-я посвящена отработке навыков погружения в состояние релаксации и спокойствия, нормализации частоты и глубины дыхания, развитию ощущений отрешенности, расслабленности, тепла и тяжести в различных участках тела. Также используется работа с образами, усиливающими состояние отдыха и покоя. Ближе к концу сеанса используются образы, придающие энергичность. На освоение данного этапа отводится 3 занятия.

Часть 2-я (4 и 5 занятия), часть 3-я (6 занятие) и часть 4-я (7 и 8 занятия) посвящены дальнейшему развитию навыков погружения в состояние релаксации. Дополнительное подключение работы с образами сводится к минимуму. Целью является научение с помощью ключевых слов и концентрации внимания на своем дыхании входить в особое состояние саморегуляции. С 7-го занятия начинается обучение мобилизационным упражнениям.

Часть 5-я посвящена обучению максимально быстро входить в уже хорошо знакомое особое состояние саморегуляции с помощью нескольких ключевых слов, восстанавливать свои силы и снимать эмоциональное напряжение, что позволит в дальнейшем сохранять спокойствие и душевное равновесие в критических ситуациях и максимально мобилизовать свои силы для решения любых жизненных проблем. Основные ключевые фразы релаксационного этапа занятий: «я свободно управляю своим состоянием», «мои руки расслабленные и тяжелые», «я погружаюсь в тепло и покой», «тепло и покой...». Основные терапевтические ключевые фразы: «я восстановил свои силы», «я хорошо отдохнул», «я абсолютно спокоен», «я спокоен и собран, полон сил и энергии», «я уверен в себе, я решу свои проблемы», «я добьюсь своего». На этот этап отводится 2 последних занятия.

Методика психической саморегуляции **«Мобилизация-2»** предназначена для подготовки к профессиональной деятельности и профи-

лактики психических нарушений, связанных с нахождением в экстремальных условиях.

Наиболее важным результатом применения методики является снижение эмоциональной напряженности, выраженных стрессовых реакций и, как следствие, предотвращение их нежелательных последствий. Кроме того, использование методики саморегуляции «Мобилизация-2» приводит к мобилизации в организме процессов психосоматического взаимодействия, снижающих мышечное напряжение, чувство тревоги, тягостного ожидания, страха, дисрегуляцию в деятельности внутренних органов и оптимизирующих психические и соматические функции. Методика способствует улучшению настроения, развитию уверенности в себе и в успешности выполнения профессионального задания, повышает устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов различной природы (физических, химических, психоэмоциональных), уменьшает чувство усталости и утомления, нормализует сон, оптимизирует умственную и физическую работоспособность и уменьшает степень «энергозатрат» при выполнении поставленных задач.

В связи с тем что методика саморегуляции **«Мобилизация-2»** применяется у практически здоровых лиц, находящихся на этапе подготовки к профессиональной деятельности, противопоказания к ее применению практически отсутствуют.

Для пациентов со сформировавшимися нозоспецифическими психическими расстройствами пограничного уровня на этапе оказания специализированной психиатрической помощи необходимо подключение к комплексу лечебных мероприятий **ассоциативной методики психической саморегуляции**. Проводить ее могут врачи с психотерапевтической подготовкой и опытом практической работы.

Методика связана с применением гетеросуггестии, некоторых приемов эриксоновского гипноза и нейролингвистического программирования, что позволяет повысить ее эффективность; учитывает индивидуальные особенности пациента, использует ключевые слова, или «ключи доступа», к его репрезентативным системам. При этом психотерапевт ориентируется на позитивный опыт и ресурсы человека, обеспечивая должную направленность изменений.

Исходя из вышеизложенного, ассоциативная методика саморегуляции с использованием элементов эриксонианского гипноза и НЛП позволяет решать следующие задачи:

1. Расширение охвата контингента обучаемых осуществляется на основе модификации семишаговой модели М. Эриксона, адаптированной для коллективного использования.

2. Создание высоко дифференцированных и оптимальных для каждого обучаемого «ключей доступа» обеспечивается за счет форму-

лирования их самим пациентом в состоянии саморегуляции под руководством врача.

3. Возможность решения некоторых частных проблем пациента с помощью достаточно простых психотехник, используемых в НЛП, на фоне достигнутого трансового состояния.

Методика прошла испытания в клинике психиатрии Военно-медицинской академии, при этом была показана ее высокая эффективность. Возможно применение методики как в качестве психотерапевтической (с целью лечения психических расстройств), так и в качестве психокоррекционной (с целью коррекции различных предпатологических психических состояний у практически здоровых людей). К достоинствам методики можно отнести: использование современных приемов недирективного гипноза; возможность быстрого обучения приемам саморегуляции с целью достижения состояния релаксации и мобилизации; учет индивидуальных особенностей пациента; возможность психотерапевтической работы с широким спектром специфических проблем психологического и психосоматического плана (в группе и индивидуально) на основе модификации техники нейролингвистического программирования «генератор нового поведения».

Методику ассоциативной психической саморегуляции (АПСР) следует проводить в группе из 10–12 человек. Цикл состоит из 10 ежедневных занятий в форме гетеротренинга под руководством врача продолжительностью около часа.

На вводном занятии необходимо решить следующие задачи:

1. Сформировать у обучающихся пациентов уверенность в своих силах, наличии внутренних ресурсов, необходимых для процессов самооздоровления. На конкретных примерах демонстрируется, что каждый человек обладает внутренними резервами, механизмами саморегуляции и саногенеза (например, естественное, без лечения, заживление ран, естественный сон и т. д.).

2. Ознакомить пациентов с понятием психической саморегуляции, которое определяется через способность входить в «особое состояние», характеризующееся повышенной управляемостью своим психоэмоциональным и физическим состоянием. Описываются основные признаки этого состояния — редукция внутреннего диалога, мышечная релаксация, приятное чувство отдыха и покоя. Подчеркивается, что в этом состоянии наше «Я» лишь наблюдает за происходящими изменениями, и при этом не следует пытаться анализировать происходящие изменения и, тем более, вмешиваться в них. Необходимо просто довериться мудрости своего организма, процессам саморегуляции, протекающим в нем.

3. Создать мотивацию (активную установку) на освоение методики, на позитивные изменения. Разъяснить доступность и пользу

освоения данной методики с целью достижения в короткие сроки состояния релаксации, возможности полноценно отдохнуть, восстановить силы, самостоятельно решить свои проблемы. Приводятся соответствующие примеры. Подчеркивается необходимость выполнения инструкций во время занятий и самостоятельной работы в дальнейшем.

4. Ответить на вопросы обучающихся.

Каждое последующее занятие состоит из трех частей: вводной, основной и заключительной. Во вводной части в доступной форме излагаются цели занятия, проводится инструктаж участников и даются ответы на вопросы, в основной — обучение в соответствии с целью занятия, в третьей, заключительной — опрос с целью получения обратной связи, объяснения возникающих феноменов, даются ответы на вопросы. Продолжительность вводной части 10 мин, основной — 35 мин, заключительной — 15 мин.

Второе — четвертое занятия посвящены обучению вхождения в особое состояние саморегуляции. Во вводной части вкратце повторяются основные идеи вводного занятия. Подчеркивается необходимость «активного сотрудничества», выражающаяся в направленности внимания во время проведения основной части на слова ведущего, музыку и возникающие ощущения. Разъясняется, что в этом состоянии могут возникать различные психические феномены (телесные ощущения, зрительные образы, звуки, отдельные непроизвольные движения и т. д.), необходимые для «позитивных, полезных, желаемых изменений» (создастся «неопределенная конструктивная установка», направленная на ожидание этих полезных изменений и активацию подсознательных процессов, которые им способствуют).

Основная часть направлена на обучение вхождению в состояние саморегуляции согласно модифицированной семишаговой модели наведения транса М. Эриксона. Последовательность шагов: при инструктаже обучаемым предлагается принять удобную «открытую» позу, примерно одинаковую для всех; сконцентрировать внимание на каком-либо объекте, уделяя особое внимание дыханию; организовать речь так, чтобы разделить подсознание и сознание обучаемых; сообщить обучаемым о наблюдаемых у них признаках транса; дать установку на «ничегонеделание»; использовать транс для достижения цели; произвести выход из транса.

Пятое — седьмое занятия направлены на формирование индивидуальных «ключей доступа» и обучение самостоятельному вхождению с их помощью в состояние транса.

Во вводной части этих занятий более подробно разъясняется, что для самостоятельного вхождения в «особое состояние саморегуляции» достаточно овладеть «индивидуальными ключами доступа».

С их помощью можно оптимально быстро входить в состояние саморегуляции на необходимые время и глубину. Указывается, что «ключи доступа» являются «личными», т. е. отличающимися друг от друга и специфичными для каждого пациента. «Ключами» могут служить любые психические феномены, прочно ассоциированные с состоянием релаксации (то есть состоянием отдыха и покоя, восстановления сил и энергии). Это могут быть зрительные образы (успокаивающие картины природы, какие-то символы, абстрактные фигуры), телесные ощущения (тепло или тяжесть во всем теле или в каких-то его отдельных областях, фиксация на дыхании), слуховые образы (приятная мелодия, шум моря), какие-то слова и т. д. Предлагается в течение нескольких минут вспомнить и вновь пережить любое позитивное состояние отдыха и покоя (например, состояние релаксации, достигнутое на предыдущих занятиях), не связанное с использованием каких-либо веществ (алкоголя, транквилизаторов и т. д.). Затем кратко обсуждаются особенности испытанного состояния у участников занятия. Подчеркивается наличие различных ведущих репрезентативных систем у разных людей. Объясняется, что для нахождения «ключей доступа» необходимо, во-первых, войти под руководством ведущего в уже хорошо знакомое состояние саморегуляции; во-вторых, оставаясь в этом состоянии релаксации, позволить себе выбрать наиболее подходящие «ключи доступа». Под «наиболее подходящими» подразумеваются самые стойкие, постоянные, спонтанно возникающие в этом состоянии психические феномены, непосредственно связанные с ним в сознании.

Основная часть занятий направлена на выделение из возникающих ощущений того ключевого образа, чувств, запаха или ощущения, которые наиболее связаны с переживаемым состоянием саморегуляции.

Восьмое — десятое занятия посвящены закреплению навыков самостоятельного вхождения в состояние саморегуляции и обучению правильному формированию желаемой цели для достижения желаемых результатов.

Во вводной части указывается на то, что, начиная с этого занятия, пациенты будут учиться самостоятельно входить в состояние саморегуляции. Помощь ведущего будет уменьшаться с каждым занятием.

Приводится пошаговая схема самостоятельного вхождения в состояние саморегуляции:

Первый шаг. Занять наиболее удобное положение, в котором тело будет наиболее расслабленным достаточно длительное время.

Второй шаг. Сконцентрировать внимание на своем дыхании, преимущественно на выдохе.

Третий шаг. Продолжая наблюдать за своим дыханием, «прочувствовать» сначала все тело целиком; затем последовательно, сверху

вниз, начиная с головы и заканчивая ногами, и, наконец, вновь прочувствовать тело целиком.

Четвертый шаг. Воспроизвести «ключи доступа»: сначала относящиеся к первой сигнальной системе (образы, ощущения, звуки), затем — ко второй (слова). Слова следует произносить про себя или очень тихо, как бы беззвучным шепотом, плавно и медленно «выдыхая» эти слова.

Пятый шаг. Удерживая в сознании первые «ключи доступа», повторять вторые до достижения желаемой глубины состояния.

Шестой шаг. Оставаться в состоянии саморегуляции на заранее запланированное или неопределенное время. При этом образы, ощущения, звуки могут начать спонтанно сменяться другими. Этому процессу не следует мешать, продолжая оставаться в позиции «наблюдателя»

Седьмой шаг. Выход. Осуществляется или спонтанно, или с помощью концентрации внимания на дыхании, преимущественно на вдохе и возникающих ощущениях. Начиная с восьмого занятия, пациенту предлагается также создать «мобилизационные» ключи.

Заключительная часть занятий направлена на получение обратной связи с ведущим. При этом внимание акцентируется на позитивных переживаниях, свидетельствующих об овладении методикой. Подчеркивается, что в ходе самостоятельных занятий состояние саморегуляции будет наступать все быстрее и каждый раз становиться глубже.

Обучению приемам целенаправленного самовоздействия в состоянии саморегуляции отводятся 9-е и 10-е занятия. Подчеркнем, что 10-е занятие является итоговым и проводится полностью самостоятельно под контролем ведущего.

Во вводной части формулируется цель занятия — обучиться самостоятельному целенаправленному самовоздействию в состоянии саморегуляции для решения отдельных проблем физического и (или) психологического уровня. С этой целью обучаемым предлагается сформировать конкретный и реалистичный желаемый «Я-образ».

Для этого пациенту предлагают выбрать проблему, которую бы он хотел разрешить, и сформулировать для себя в положительных, позитивных терминах желаемую цель. Затем «перевести» составленную цель на язык образов, чувств, ощущений. Другими словами, пациент конструирует удовлетворяющий себя образ, для которого его нежелательное поведение (состояние) не является проблемой, так как этот «Я-образ» обладает более приемлемыми вариантами поведения в проблемной ситуации или находится в более комфортном состоянии.

Затем предлагается представить желаемый «Я-образ» в диссоциированном виде, то есть «увидеть себя со стороны» и сконцентриро-

ваться на произошедших изменениях, после чего можно совершенствовать этот образ.

Когда образ полностью готов, необходимо еще раз целостно и полно просмотреть и прослушать эту «картину», «фильм» от начала до конца.

После получения нового, удовлетворяющего пациента поведения либо другого, более позитивного состояния проводится ассоциирование обучаемого с этим новым субъективным опытом.

Ведущий объясняет, что после полного «проигрывания» построенного «Я-образа» в ассоциированном виде его можно «оставить», «отпустить», позволить войти сознанию в состояние покоя и отдыха, хорошо знакомого по прошлым занятиям. В состоянии саморегуляции этот желаемый «Я-образ» «запускает» процессы саморегуляции, направленные на его реальное воплощение. После «запуска» активное вмешательство сознания может быть не только не нужным, но и вредным (по аналогии с попыткой ввести другие команды в компьютер во время выполнения какой-то определенной программы).

Заключительная часть направлена на опрос обучаемых для получения обратной связи. Внимание акцентируется на позитивных переживаниях, свидетельствующих об овладении методикой. Подчеркивается, что в ходе последующих самостоятельных занятий состояние саморегуляции будет наступать все быстрее и становиться глубже.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что обучение методам психической саморегуляции в качестве изолированных видов психотерапии может использоваться, пожалуй, только как способ профилактики. Для лечения и реабилитации больных эти методы, как правило, включаются в комплексные программы или трансформируются в специфические виды каузальной психотерапии.

Глава 18
НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

Одна из тайн психотерапии состоит в том, что разные школы психотерапии хотя сильно отличаются одна от другой своими формальными характеристиками, все они в той или иной степени добиваются успеха. Эта загадка будет решена, когда эффективные методы различных психотерапевтических подходов удастся описать средствами одного комплекса терминов, что позволит выявить черты сходства, существующие между ними, и даст возможность усваивать эти методы терапевту, принадлежащему любой школе (Бендлер Р., Гриндлер Дж., 2008).

НЛП возникло в начале 70-х гг. XX в. благодаря сотрудничеству Джона Гриндера (ассистента профессора лингвистики в университете Калифорнии в Санта Крузе) и Ричарда Бэндлера (студента психологии в этом же университете). Созданию этого направления предшествовала их работа в группе Грегори Бейтсона — английского антрополога, автора работ по коммуникации и теории систем, в том числе автора теории двойной связи в шизофрении. Одной из основных задач являлось наблюдение за работой четырех выдающихся психотерапевтов: Фрица Перлза (основоположника гештальт-психотерапии), Вирджинии Сатир и Сальвадора Минухина (семейных психотерапевтов), Милтона Эриксона (гипнотерапевта).

Ко времени возникновения нового метода уже получило распространение большое количество разнообразных методов и направлений в области психотерапии. Психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Г. Юнга, неофрейдизм К. Хорни и Э. Фромма, психосинтез, бихевиоризм, гештальт-терапия — и это далеко не полный список. Кроме того, необходимо учесть наличие целого ряда выдающихся психотерапевтов, непосредственно не примыкающих ни к одному из направлений и не потрудившихся при этом выразить свои находки и мастерство в какую-либо научную теорию (например, В. Сатир и М. Эриксон).

В этой ситуации неизбежно возникал логичный вопрос — почему столь различные, а зачастую и противоречащие друг другу, как в практическом, так и в теоретическом плане, подходы оказываются равными по эффективности? Со всей остротой эта проблема была обозначена после проведения исследований, направленных на сравнительную оценку эффективности различных подходов в психотерапии. Эти исследования базировались на достаточно большом количестве наблюдений, проведенных не только непосредственно после лечения, но и через достаточно отдаленный период после его окончания. Один из самых важных и интересных, на наш взгляд, выводов состоял в том, что между этими подходами не было выявлено достоверных различий в плане эффективности.

Вопрос, который был поставлен исследовательской группой, можно было сформулировать так: «каким образом опытные психотерапевты достигают столь быстрых и эффективных результатов?» По словам В. Сатир, они, «наблюдая за процессом взаимодействия и изменения, протекающим во времени, сумели извлечь из него структурные элементы, позволяющие понять и ответить на вопрос «как?».

По словам авторов метода, «...этот список сходств (между различными формами психотерапии) вряд ли полон: существуют достаточные основания полагать, что плодотворным было бы более тщательное изучение всех форм психотерапии в терминах, характерных для них

сходных формальных паттернов. Более строгая наука психотерапии возникнет тогда, когда процедуры различных методов удастся синтезировать, приведя их к наиболее эффективной из возможных стратегий, позволяющей вызвать у человека спонтанные изменения манеры поведения» (J. Haley, 1967).

Основные принципы и положения нейролингвистического программирования

Весной 1976 г., после обобщения накопленного опыта, появилось на свет название «нейролингвистическое программирование». В этом названии отражены следующие идеи:

1. В частице «нейро» заключена идея о том, что поведение берет начало в неврологических процессах видения, слушания, прикосновения, ощущения и т. д. Мы воспринимаем мир через наши органы чувств, затем извлекаем из информации «смысл» и руководствуемся им. Кроме того, сюда относятся и наши видимые физиологические реакции на внутренние и внешние стимулы.

2. «Лингвистическое» — указывает на использование языка для упорядочивания нашего внутреннего опыта и поведения, а также в целях коммуникации.

3. «Программирование» — указывает на способы, которыми мы организуем свои идеи и действия, чтобы получить результаты. Иначе: способность человека на протяжении жизни постоянно программировать себя, выбирая определенные способы мышления, чувствования, поведения, и возможность изменения этих программ, в том числе через переформирование с помощью слова.

НЛП — это ясная и эффективная модель человеческого внутреннего опыта и коммуникации. Это искусство и наука о том, как выдающиеся люди в различных областях деятельности достигали выдающихся успехов. Кроме того, НЛП — это модель того, как отдельные люди структурируют свой уникальный жизненный опыт.

НЛП предлагает конкретный комплекс инструментов, представляющих собой четкое и ясное описание того, что в той или иной степени уже присутствует в каждой из форм психотерапии.

Имеется одна особенность, характеризующая все формы успешной психотерапии, и заключается она в том, что люди в ходе их проведения, так или иначе, изменяются. В различных школах психотерапии это изменение обозначается такими терминами как: фиксация, излечение, рост, просветление, модификация поведения и т. д. Но каким бы словом не называлось это явление, оно так или иначе обогащает опыт человека и совершенствует его. Когда люди изменяются, изме-

няется их опыт и модели мира. Независимо от применяемых техник и методов, различные разновидности психотерапии дают людям возможность изменить свою модель мира.

При анализе работы выдающихся психотерапевтов авторами метода были сформулированы четыре обобщающих вывода:

1. Успешные психотерапевты всегда ясно и четко представляли цель психотерапевтической работы, то есть какое состояние должно быть достигнуто. Практическое следствие: разработка цели, причем не только в вербальной форме, но и во всех сенсорных каналах.

2. Наличие средств и личной силы для достижения этой цели.

3. Им были присущи чувство юмора, выраженная способность к творчеству, при нехватке традиционных технических ходов они легко придумывали новые.

3. Наличие развитого сенсорного аппарата и способности к использованию обратной связи. У них отмечалась высокая способность к утилизации спонтанно возникающих реакций самого пациента.

4. Работа в режиме *uptime* — опора на свое восприятие, без загрузки собственными переживаниями, мыслями и интерпретаций.

Для практики НЛП, в свою очередь, характерны следующие признаки:

1. **Позитивный подход:**

а) акцент на ресурсном опыте, позитивных сторонах личности;

б) ориентация не на проблему, а на желаемую цель («что бы ты хотел получить/достигнуть, избавившись от симптома?»);

в) ротация — превращение симптома из проблемы в состояние с установленной положительной мотивацией; во многих случаях рассмотрение невроза или психосоматического процесса не как «заболевания», а как неправильного обучения, демонстрацию активного участия самого пациента в создании своего состояния.

2. **Ориентация на процесс.** Основной акцент НЛП на процесс, структуру, а не на содержание проблемы. Например, предметом интереса является тот способ, с помощью которого человек способен вызывать у себя определенную фобию или депрессию.

3. **Отсутствие опоры на определенную теорию личности.** Это феноменологический, или позитивистский, подход — любая теория личности является условной моделью и, как следствие, ограничением.

НЛП занимается не «постижением реальности как таковой», а созданием эффективных моделей, позволяющих максимально быстро достигать необходимых изменений. Модель должна быть не истинной, а полезной.

4. **Опора на личность психотерапевта**, гибкость его реагирования и собственный опыт совладания с различными жизненными ситуациями.

5. **Экономичность.** Следует затрачивать максимум времени на поиск «критической точки» (95 %) и минимум времени (5 %) для необходимых воздействий.

6. **Экологичность.** Глубокое уважение к личности пациента, признание его уникальности и неповторимости, признания «права на существование» его модели мира, себя. В любой психотерапии с содержанием нет способа не вводить свои личные убеждения и ценности. Работа над процессом, свободным от содержания вербализации, гарантирует пациентам уважение к их целостности. Отсюда:

а) отсутствие директивности;

б) отсутствие «подгонки» пациента под определенную теорию личности;

в) сначала присоединение терапевта к пациенту, затем — его ведение, как следствие — изменение его структуры.

7. **Генеративный подход.** Вместо того чтобы фиксировать неправильный выбор, можно подумать о том, как сделать свою жизнь эффективнее и разнообразнее, то есть учесть больше возможных альтернатив.

Можно считать НЛП не столько новой психотерапевтической школой, сколько своеобразным эклектическим подходом, который можно использовать в рамках различных направлений.

Структура первого сеанса психотерапии с точки зрения нейролингвистического программирования

1. Сначала необходимо определить исходный пункт, то есть необходимо иметь «привязку» к точке отсчета. Это осуществляется с помощью сбора информации о существующем положении пациента, который основан на метамоделировании. Что такое метамодель и каковы примеры ее использования, мы рассмотрим несколько позже.

2. После сбора психотерапевтически значимой информации крайне важным является моделирование пациентом желаемого результата, что на языке нейролингвистического программирования называется «хорошо сформулированная цель».

С этой целью пациенту рекомендуется проделать следующую последовательность действий:

а) произвести вербальное описание с помощью позитивной терминологии. Изначально пациенты формулируют желаемый результат в негативном ключе — «избавиться от». Психотерапевт помогает переформулировать результат в позитивном ключе — «что я хочу приобрести в результате»;

б) «прорисовка» желаемого результата в категориях чувственного опыта. Пациент должен максимально четко и детально представить самого себя уже обладающим новыми позитивными качествами и способностями зрительно затем «услышать», как при этом будет звучать его голос, а также попытаться «прочувствовать» созданный им «эталон».

На этом же шаге является крайне полезным обсудить с пациентом признаки, по которым он сможет узнать, что цель достигнута, то есть сделать его более чутким к предстоящим изменениям. Кроме того, этот прием отчасти позволяет пациенту начать «вживаться» в построенный им образ;

в) описание контекста, то есть необходимо определить контекст, рамки, где данные изменения будут уместными, и выявить ситуации, где они могут становиться, наоборот, деструктивными или неадаптивными;

г) достижимость, то есть необходимо проработать с пациентом тему реальности планируемых изменений, их достижимость в планируемые сроки;

д) время — сколько всего потребуется сеансов для достижения планируемых изменений.

3. Выбор и описание пути следования по срокам. Необходимо максимально четко определить: где будут происходить занятия, когда, сколько времени в среднем будет длиться сеанс. Очень важно обозначить ответственность пациента в случае их нарушения.

4. Распределение ролевых обязанностей. Важно подчеркнуть необходимость внутренней активности пациента в ходе психотерапевтической работы, что сам пациент активно и творчески с помощью психотерапевта способен прийти к позитивным изменениям.

5. Динамика психотерапевтического процесса основывается на «присоединении» к пациенту на различных уровнях, то есть «подстройке» к его невербальным формам поведения, особенностям речи, мировоззрению. Чем более точными будут подстройка и присоединение, тем более эффективным будет достижение результата.

6. На финальном этапе проводится оценка достигнутого результата.

Понятие о вербальном и невербальном уровне коммуникации

В норме поведение человека является обычно целостным. Однако все сталкивались с ситуациями, когда интуитивно чувствовали, несоответствие слов собеседника и его реального отношения, поведения

и т. п. В этих случаях имеет место несоответствие между его вербальным и невербальным поведением.

К вербальному уровню коммуникации относится, конечно, язык описания, используемый в коммуникации. Характерными особенностями являются логичность, линейность восприятия и, самое главное, адресованность послания к нашему сознанию. А это подразумевает критический анализ сообщения. На вербальном уровне коммуникации, например, строится рациональная психотерапия.

Однако огромный поток информации приходится на невербальный уровень коммуникации. Сюда относятся тон голоса, телесные проявления: жесты, поза, выражение лица.

Системы, представляющие внутренние процессы

Когда вы задали собеседнику вопрос, прежде чем ответить, он должен извлечь необходимую информацию в виде зрительных, кинестетических или слуховых образов. Функцию извлечения информации выполняет **ведущая система**. Она «работает» ниже уровня сознания. Определить ее модальность можно только по внешним признакам, о которых вы узнаете, когда речь пойдет о «ключах доступа».

Далее извлеченная информация должна быть представлена сознанию. Эти процессы опосредованы **репрезентативными системами**. Способы представления (модальности) те же: в виде образов, звуков, ощущений. Спросите у нескольких человек: «Какая дверь скрипит в вашей квартире?». Один, для того чтобы ответить, отчетливо представит все двери. Другой мысленно воспроизведет звуки, возникающие при их открывании. Третий почувствует мышечные усилия, которые надо применить, чтобы открыть или закрыть каждую дверь. Та репрезентативная система, которая у данного человека более развита и используется чаще и полнее других, называется первичной **репрезентативной системой**.

Пациент, который для воспроизведения своего опыта пользуется зрелищем, картиной, обладает первичной визуальной репрезентативной системой. Тот, кто передает переживания в основном звуками, имеет первичную аудиальную репрезентативную систему. Человек, отражающий опыт чувством тепла или холода, тактильными ощущениями, глубоким мышечным чувством, имеет тонкую **кинестетическую систему**. Вы различите их по словам-предикатам. Но в случае, если предикаты не слишком характерны, можно прямо спросить пациента: «Вы это видите, слышите или чувствуете?».

На заключительном этапе вступает в процесс **референтная система**, которая сверяет полученный результат с искомым. Это необходимо для принятия решений.

Очень часто ведущая система, получающая информацию, находится вне сознания. Пациент не может проконтролировать свой внутренний опыт, поскольку не имеет представления о нем и вынужден пользоваться только тем опытом, который ему предоставляет репрезентативная система. Это чаще случается, когда ведущая и репрезентативная системы работают в разных модальностях. Например, подсознательный опыт кинестетический, а сознательный — зрительный. Это определяется по «ключам доступа» и предикатам. В таких случаях вы видите, что в момент доступа к информации глаза направлены вниз и вправо (кинестетика), а свои переживания пациент описывает словами **«вижу»**, **«темный»**, **«расплывчатый»**, **«сфокусированный»** (предикаты зрительного ряда).

Пример.

Пациент обратился по поводу чувства собственной никчемности и неполноценности, мешающего ему установить удовлетворительные отношения и в семье, и на работе. «Ключи доступа» (глаза вниз влево) указывали, что пациент вел какой-то подсознательный диалог. Как выяснилось в дальнейшем, это был голос матери, твердившей: «Тупица. Из тебя никогда ничего не выйдет». Репрезентативная система оказалась кинестетической, и чувство беспомощности проявлялось неприятным холодом в области солнечного сплетения и в кончиках пальцев. Поскольку голос матери был вне сознания пациента, у него не было никаких возможностей противостоять ему. Только извлечение этой информации и доведение ее до уровня сознания позволило помочь пациенту использовать имеющиеся у него ресурсы.

Необходимо учитывать еще одну закономерность. Когда человек привычно осознает только одну репрезентативную систему, опыт его негативных переживаний склонен накапливаться в другой. Если другая система кинестетическая, она привносит в сознание только тяжелые ощущения. В тех случаях, когда первичная репрезентативная система пациента кинестетическая и он редко пользуется зрительной системой, картины и зрительные образы могут быть только устрашающими. В таких случаях, защищая себя, человек вообще избегает пользоваться травмирующей его системой.

Внутренние стратегии. У людей достаточно редко отмечается преобладание одной модальности — только визуальной или только кинестетической. Чаще всего в любом переживаемом опыте участвуют несколько систем. Например, человек слышит внутренний диалог, затем представляет себя и собеседника, затем испытывает определенные чувства, связанные с собеседником и содержанием диалога, затем конструирует диалог. Эта цепь последовательных процессов, за которыми следует внешнее поведение, называется **внутренней стратегией**.

Пример.

«Я не знаю, почему я ревную. Это просто чувство (дотрагивается до средней линии тела, глаза вниз и направо, затем вниз налево: то есть паттерны кинестетических ощущений сменяются аудиальными представлениями). Я говорю себе, что нет причины, но стоит мне подумать (глаза вверх направо — зрительно конструирует картину, смотрит на нее со стороны) обо всех вещах, которые жена могла бы делать, как я начинаю ревновать (глаза вниз направо — кинестетические ощущения, чувство)».

Последим за тем, как взаимодействуют системы, то есть за динамикой внутреннего процесса, пациент рассказывает о кинестетических переживаниях, вызванных сконструированными им образами, и вновь испытывает тягостное чувство по поводу созданных им картин, хотя внутренний голос и убеждает его в том, что для этого нет оснований. Здесь очевиден конфликт между чувствами, вызванными внутренними образами (визуальная система) и внутренним диалогом (аудиальная система), подвергающим сомнению причины ревности. Чтобы согласиться с визуальной и кинестетической системами (или опровергнуть образы, которые они «подбрасывают»), аудиальная система, видимо, нуждается в дополнительной внешней информации. Чтобы пояснить терапевтические подходы, которые можно применить в данном случае, мы вынуждены сделать небольшое отступление.

Одно из фундаментальных положений НЛП состоит в том, что все внутренние процессы, все пласты личности существуют в человеке для того, чтобы приносить ему пользу. Важно уметь выяснить, в какой ситуации и какую пользу они могут дать, чтобы вынудить их действовать только в нужные моменты. Ярким примером несвоевременности и даже абсурдности защитных реакций могут служить фобии. Без сомнения, первоначально они сформировались как защитные механизмы, действующие в момент определенной опасности. Но в последующем в результате каких-либо сбоев возникает недостаток выбора, и человек на вполне безопасные ситуации отвечает одной и той же, абсолютно неадекватной фобической реакцией.

Вернемся к пациенту, ревнующему жену. Обе системы — аудиальная и визуальная — ориентированы на положительный эффект, но действуют взаимоисключающе. Одна предупреждает об опасностях образами, другая успокаивает, утверждая несостоятельность подозрений.

Работа со стратегиями предполагает понимание сложных взаимодействий между внутренними и внешними переживаниями. Одим из важнейших видов стратегий является **стратегия принятия решений**. К ней относятся выбор поведения и выбор возможного будущего.

Стратегии выбора поведения. Человек чувствует, что по какой-то причине его жизнь становится хуже, чем хотелось бы (кинестетиче-

ские представления (К)). Он вспоминает образы прошлого, когда он был счастлив (визуальные представления (В)). Включается внутренний диалог, в котором обсуждается, как улучшить ситуацию, чтобы вернуться к прежним приятным жизненным ощущениям (аудиальные, конструируемые представления (А)). Наконец, он извлекает из памяти образы прошлого, подтверждающие, что раньше он справлялся с трудными ситуациями и владеет дополнительными ресурсами. Из нескольких имеющихся в его опыте способов он пытается выбрать один, который может сработать (визуальные воспоминания (В)). Если подтверждение находится, он начинает действовать. Если ничто в прошлом опыте не говорит о том, что он справлялся с трудными ситуациями, он обреченно смиряется с тем, что есть.

Стратегии выбора возможного будущего. Начинается с внутреннего диалога (А), в котором настойчиво звучит утверждение, что жить можно было бы лучше. Далее конструируются визуальные образы (В) прекрасного будущего. Образ, вызывающий наиболее приятное чувство (кинестетические реакции (К)), воспринимается как руководство к действию. И, наконец, происходит внутренний диалог, в котором принимается окончательное решение, как воплотить в жизнь прекрасную картину (аудиальные представления (А)). Затем наступает период практических действий.

Сравним обе схемы. В первом случае план будущих действий опирается полностью на визуальные представления о прошлом (то есть на имевшийся опыт). Эта стратегия удерживает людей от пустой траты времени, от погони за несбыточным. Люди с такой стратегией ставят перед собой вполне реальные цели и, как правило, их осуществляют. Недостаток ее: мощные ограничения, запрещающие применять непроверенные средства. Понятия риска и предприимчивости для людей с такой стратегией неприемлемы. Первая стратегия называется **традиционной**. Во второй стратегии нет никакого обращения к прошлому опыту, следовательно, нет опасения возможных последствий. Она опирается на создание конструкции (планы, фантазии), и сразу следует руководство к действию. Такая стратегия иногда позволяет добиваться невозможного. Чаще она ведет к разочарованиям и болезненным падениям, поскольку люди этого типа желают слишком многого. Встречая сопротивление, они чувствуют себя обманутыми, подозревая других в злонамеренности. Такая стратегия называется **утопической**.

Человек, как правило, располагает тремя-четырьмя базовыми стратегиями, обычно применяемыми неосознанно. Многие сложности во взаимоотношениях между людьми, внутренние конфликты — следствие недостаточно гибких внутренних процессов и стратегий, перестроив которые мы можем многое изменить.

Хороший психотерапевт обязан выяснить, какая структура лишает человека выбора и что можно изменить во внутренних стратегиях, чтобы выбор появился.

Глазодвигательные «ключи доступа»

Доступом называется процесс получения внутренней (в том числе и бессознательной) информации (картин, звуков, ощущений).

«Ключами доступа» называется специфическое невербальное поведение, указывающее на способ, посредством которого получают информацию. Это могут быть, как мы рассматривали выше, позы, мимика, а также определенные паттерны движений глаз.

1. Вверх и влево — эйдетический образ. Это доступ к визуальной памяти. Образ воспринимается ассоциированно (человек как бы сам переживает увиденное).
2. Вверх и направо — конструируемые образы — представления, образы, которые человек раньше не видел. В конструируемом образе человек видит себя со стороны, и переживания, которые он испытывает, отличаются от эйдетических образов: это чувства по поводу того, что он видит (как бы со стороны, диссоциированно).
3. Взгляд в сторону направо связан с переживанием аудиально конструируемых образов.
4. Взгляд в сторону налево характерен для аудиальных воспоминаний.
5. Взгляд вниз направо совпадает с активизацией кинестетических представлений.
6. Вниз влево — отражает доминирование аудиальных представлений (внутренний диалог).

Внутренний доступ к соответствующей репрезентативной системе совпадает с характерными движениями глаз. Дополнительно: «расфокусированные» глаза или направленные вверх — зрительный образ.

В межличностных коммуникациях неосведомленность о «ключах доступа» — постоянный источник конфликтов и недоразумений.

Пример из парной терапии:

— Я говорю тебе это второй раз за десять минут!

— Да брось! Ничего ты об этом не говорила!

— Ты просто притворяешься, что не слышишь. Ты всегда глохнешь, когда тебе это выгодно!

На самом деле оба они были правы: она действительно говорила, а он действительно не слышал. В тот момент его глаза были направлены вверх и вправо, шел внутренний процесс конструирования зрительного образа, а внешние сенсорные сигналы не воспринимались.

Универсальные процессы моделирования

Люди приходят за помощью к психотерапевту обычно, когда они страдают, чувствуют в себе скованность, отсутствие выбора и свободы действий.

И дело не в том, что мир слишком ограничен и что нет выбора: просто эти люди неспособны увидеть существующие возможности, в связи с тем что они не представлены в их индивидуальных моделях восприятия и поведения.

В жизненном цикле почти любого человека в нашей культуре имеется ряд переходных периодов, связанных с изменением, которое он должен так или иначе преодолеть. Интересно, что некоторые люди преодолевают эти периоды без особых трудностей, причем время перехода насыщено у них энергичной творческой деятельностью.

Другие люди, столкнувшись с теми же требованиями, переживают эти периоды, как время, сплошь пронизанное страданиями и болью. Различие между этими группами людей состоит в том, что люди, которые успешно реагируют на этот стресс и творчески справляются с ним, располагают богатой репрезентацией или моделью ситуации, в которой они находятся, и это позволяет им различать широкий набор возможностей в выборе собственных действий. Другие люди, напротив, чувствуют, что набор возможных выборов у них ограничен, причем ни один из имеющихся выборов не представляет для них ценности.

Вопрос: «Как получается, что, сталкиваясь с одним и тем же миром, различные люди переживают его столь различным способом?». Это различие вытекает, в первую очередь, из различий их моделей.

Вопрос тогда можно поставить иначе: «Как получается, что люди, сталкиваясь с многозначным, богатым и сложным миром, приходят к созданию убогой модели мира, причиняющей им страдание?».

Другими словами, поведение людей, каким бы странным и причудливым оно ни казалось на первый взгляд, становится осмысленным в наших глазах, если его рассматривать в контексте выборов, порождаемых моделями мира этих людей.

Процессы, позволяющие нам осуществлять самые необычные и поразительные виды человеческой деятельности, совпадают с процессами, блокирующими путь к дальнейшему росту, если мы вдруг по ошибке примем за действительность собственную модель, и/или эта модель перестает служить нам полезным инструментом в нашей жизни.

Имеется три общих механизма, обусловливающих это: генерализация, опущение и искажение.

1. **Генерализация** — это процесс, в котором элементы или части модели, принадлежащей тому или иному индивиду, отрываются от ис-

ходного опыта, породившего эти модели, начинают репрезентировать в категорию, по отношению к которой данный опыт является всего лишь частным случаем.

Это свойство человека, позволяющее ему на основании сведений о ряде сходных явлений представить себе всю категорию аналогичных предметов или событий. Генерализация — универсальный процесс человеческого моделирования, связанный с привлечением одного набора видов опыта для понимания и предсказания новых видов опыта.

Способность к обобщению, генерализации играет в нашем взаимодействии с миром важную роль. Например, формулирование такого правила, как «Не выражай открыто собственные чувства!». В контексте концентрационного лагеря это правило может обладать большой ценностью для выживания, так как оно позволяет избегать ситуаций, влекущих за собой возможность наказания. Но, применяя это правило в семье, человек, отказываясь от экспрессивности в бытовом общении, которая в этом случае полезна, ограничивает свои возможности достижения близости. В результате у него может возникнуть чувство одиночества и ненужности, он чувствует, что выбора у него нет, поскольку возможность выражения чувств в его модели не предусмотрена.

Суть сказанного в том, что одно и то же правило, в зависимости от контекста, может быть полезным или, напротив, вредным, что верных на все случаи жизни обобщений не существует, и каждая модель должна оцениваться в конкретном контексте ее употребления.

2. **Опущение (исключение, стирание)**.

Опущение — это процесс, позволяющий нам избирательно обращать внимание на одни размерности нашего опыта, исключая рассмотрение других. Под опущением понимается универсальный процесс человеческого моделирования, который препятствует осознанию некоторых видов опыта.

Например, способность людей отсеивать или отфильтровывать множество звуков в комнате, заполненной разговаривающими между собой людьми, и слышать голос конкретного человека. С помощью этого же процесса люди могут блокировать восприятие знаков внимания и заботы от других, значимых для них людей. Например, один человек, убежденный в том, что он не заслуживает внимания других людей, пожаловался нам, что его жена не проявляет к нему никаких знаков внимания и заботы. Побывав у него дома, мы убедились, что жена, напротив, относилась к нему с вниманием и заботой и определенным образом проявляла их. Но так как эти проявления противоречили генерализации, выработанной этим человеком и касающейся его собственной ценности, он не слышал слов жены.

Опущение уменьшает мир до размеров, подвластных, согласно нашему представлению, способности человека к действиям. В некоторых контекстах это уменьшение может оказаться полезным, в других оно служит источником боли и страдания.

3. **Искажение.**

Искажение — это процесс, позволяющий нам определенным образом смещать восприятие чувственных данных.

Это универсальный процесс человеческого моделирования, с помощью которого мы манипулируем нашими восприятиями и фиксированными в памяти видами опыта. Этот феномен лежит в основе творческих процессов фантазирования, планирования и наслаждения произведениями искусства.

Фантазия, например, позволяет нам приготовиться к таким переживаниям, которые мы можем испытывать прежде, чем они случаются на самом деле. Люди искажают сиюминутную действительность, когда они, например, репетируют речь, которую собираются произнести позже. В результате именно этого процесса появились на свет все те произведения искусства, которые когда-либо были созданы людьми. Точно так же все великие произведения литературы, все революционные научные открытия предполагают способность искажать, представлять наличную реальность смещенным образом. Эти же приемы люди могут применять, чтобы ограничить богатство собственного опыта. Например, наш знакомый, построивший генерализацию, что он не стоит ничьего внимания и заботы, вынужден был заметить под нашим воздействием знаки внимания своей жены, однако он тотчас же исказил их. А именно, когда он всякий раз слышал слова жены, в которых проявлялось ее внимание к нему, он поворачивался к нам с улыбкой и говорил: «Она говорит так, потому что ей что-то нужно от меня». Таким образом, он избегал столкновения собственного опыта с созданной моделью мира.

Человек, которого в какой-то момент жизни отвергли, приходит к генерализации, что он не достоин чьего-либо внимания. Поскольку эта генерализация входит в его модель мира, он либо опускает знаки внимания, либо считает их неискренними. Не замечая знаков внимания со стороны других людей, он может легко держаться мнения, выраженного в генерализации, что он не стоит ничьего внимания. Это описание представляет собой классический пример контура положительной обратной связи: самореализующегося пророчества, или опережающей обратной связи. Обобщения индивида или его ожидания отфильтровывают и искажают его опыт таким образом, чтобы привести его в соответствие с ожидаемым результатом. Так как опыт, способный поставить сомнение его генерализации, отсутствует, ожидания подтверждаются, и описанный цикл постоянно возобновляется.

Метамодель, ее определение и практическое использование

Одна из наиболее общих характеристик психотерапевтического сеанса заключается в том, что психотерапевт стремится определить, зачем конкретно пациент пришел к нему, что именно пациент хочет изменить. Другими словами, психотерапевт стремится понять модель мира пациента.

Глубинная Структура — это наиболее полная языковая репрезентация опыта пациента. Она является источником наиболее полной репрезентации Поверхностной Структуры. Источником репрезентации, содержащейся в Глубинной Структуре, является опыт пациента. Являясь самой полной языковой репрезентацией, сама Глубинная Структура произведена от еще более полного и богатого источника — общей суммы всего опыта пациента. Неудивительно поэтому, что те же характерные для людей универсальные процессы моделирования, которые позволяют нам системно помочь пациенту перейти от обедненной Поверхностной Структуры к полной языковой репрезентации — Глубинной Структуре, дают возможность, кроме того, системно ассоциировать языковые репрезентации этого человека с множеством его более полных переживаний, от которых произведены полные языковые репрезентации.

Метамодель предлагает конкретный способ изменения этих процессов и обогащение модели пациента. В метамодели конкретизируется процесс перехода от Поверхностной Структуры к Глубинной Структуре. Процесс движения от Поверхностной Структуры с опущенным материалом к полной Глубинной Структуре дает в распоряжение психотерапевта точный образ модели пациента; но, помимо этого, уже в процессе этого движения пациент может расширить свою модель, стремясь восстановить опущенный материал, о котором его расспрашивает психотерапевт.

Выявив языковую модель мира пациента, психотерапевт может выбрать любую из имеющихся техник терапии, или несколько таких техник, которые, по его мнению, могут быть полезны в данном конкретном контексте. Эффективность действий психотерапевта и богатство его возможностей тесно связаны с богатством метамодели его самого — с числом выборов, которыми он располагает, и с умением составлять из них различные комбинации.

Использование метамодели предполагает три направления деятельности психотерапевта: 1) сбор информации; 2) ограничение модели; 3) коррекция семантически ошибочных форм.

Сбор информации — это получение наиболее полного представления о переживаниях и опыте пациента. Наиболее типичные моменты,

скрывающие или искажающие картину внутренних процессов, следующие: исключения; отсутствие указаний, к чему относится сказанное; неспецифические глаголы; номинализации.

1. Нарушения референтного индекса.

Референтный индекс — это человек или предмет, производящий действие или являющийся объектом действия:

а) стертый референтный индекс (исключение). Задача — обнаружить то, что исключил собеседник, и помочь восстановить исключенную информацию. Обедненные модели предполагают ограниченный выбор возможных способов поведения. Делается это при помощи уточняющих вопросов: «что?», «кого?», «о ком?», «о чем?». Вопрос «почему?» не задается.

Примеры.

«Я не понимаю». Реакция: «Не понимаете чего?» Или: «Чего вы не понимаете?».

«Я боюсь». Реакция: «Чего вы боитесь?» Или: «Что именно вас пугает?» — «Люди».

«Меня обидели». — «Кто обидел?»

«Мне нужна помощь». — «В чем именно вам нужна помощь?»

Работая с исключением, легко уточнить репрезентативную систему пациента. «Я этого не понимаю». — «Как вы не понимаете?» — «Ну, я не вижу, не могу себе представить этого»;

б) обобщенный референтный индекс (отсутствие указаний на объект, к которому относится сказанное) — это существительное или местоимение, которое относится к неспецифической группе или категории. То есть человек воспроизводит свою модель мира не полностью, а обобщенно, опуская конкретизирующие детали.

«Меня никто не любит». — «Кто именно вас не любит?»

«Я ничего не умею». — «Что именно вы не умеете?»

«Это для меня невозможно». — «Что именно для вас невозможно?»

Вот короткий фрагмент психотерапевтического сеанса:

«Я его боюсь». — «Что именно вас пугает?». — «Я боюсь его гнева». — «В чем проявляется его гнев?». — «У него делается каменное лицо, и он, не говоря ни слова, выходит из комнаты»;

в) неспецифический референтный индекс — когда существительное или фраза с существительным не называет конкретного определенного человека или предмет (например, «этот, эта, оно»).

«Это не сработает». — «Что конкретно не сработает?».

«Я не хочу говорить об этом». — «О чем конкретно вы не хотите говорить?»;

г) обратный референтный индекс — речь строится таким образом, что говорящий испытывает воздействие, выраженное глаголом, но сам не выполняет никакого действия. Характерен для депрессивных

личностей. «Я уверен, что каждый использует меня». Ф. Перлз считал этот паттерн проявлением проекции: «Каждый ненавидит меня». — «Постарайтесь сказать: „Я ненавижу каждого”».

2. Номинализация.

Прием основан на превращении глаголов в существительные (помогать — помощь, решать — решение). Такое лингвистическое изменение превращает действие, процесс в стабильное явление, в событие. Если текущий процесс предполагает возможность действия, выбора и изменения, то событие, обозначенное существительным, воспринимается как свершившийся факт, с которым бессмысленно бороться.

Для того чтобы вернуть пациенту способность действовать и изменять себя, а не оставлять его перед свершившимся фактом или обстоятельством, следует вновь преобразовать номинализацию в процессуальное слово. Технически это просто: следует использовать глагол в качестве реакции.

Проверка номинализации:

— Я не чувствую с их стороны уважения.

— Как бы вы хотели, чтобы вас уважали?

— Я жду поддержки.

— Как бы вы хотели, чтобы вас поддержали?

3. Неспецифические глаголы.

Это глаголы из разряда неопределенных, которые не дают ощущения ясности в описываемом переживании.

— Он пренебрегает мной.

— Как именно он пренебрегает тобой?

— Дети заставляют меня наказывать их.

— Как именно дети заставляют вас наказывать?

— Он обидел меня. — Как, каким образом он обидел вас?

Расширение пределов или работа с ограничениями модели пациента. Сюда относятся универсальные квантификаторы и модальные операторы необходимости. Правильно работая с этими словами, вы поможете человеку расширить и обогатить его модель мира.

1. Универсальные квантификаторы (от англ. *quantity*, лат. *quantum — «количество»; «сколько»)*.

Этим понятием обозначают слова-обобщения: «все», «каждый», «всякий», «никто» и т. п. Преувеличенное подчеркивание обобщений с помощью интонации или добавления других универсальных квантификаторов заставляет пациента усомниться в их могуществе и поискать исключений, то есть найти возможности выбора.

— Он всегда мне лжет.

— Он действительно всегда вам лжет?

— Я ничего не умею.

— Вы совсем ничего не умеете?

— Я совершенно не умею справляться с трудностями.

— Но когда-нибудь вам удавалось справиться с чем-то очень трудным?

2. Модальные операторы необходимости.

«Мне следует», «я должен», «я обязан», «я не могу» — это симптомы отсутствия выбора. Цель работы с модальными операторами — помочь человеку усомниться, вывести его за пределы того, что он считает для себя принятым и единственно возможным. В этих случаях можно использовать два вопроса, модифицируя их по ситуации: «Что вам мешает?» и «Что случится, если вы не сделаете это?». Вопрос: «Что вас останавливает?» направляет человека в прошлое к имеющемуся опыту, к поиску переживаний, которые сформировали это ограничение. Вопрос: «Что случится, если...» предлагает пациенту заглянуть в будущее, на возможные последствия.

— Я никогда на это не пойду.

— Что вас останавливает?

— Я обязан присутствовать на этом торжестве.

— Что случится, если вы не будете присутствовать в этот раз?

— Я должен выступить на этом собрании.

— Что изменится, если вы не выступите?

Семантически ошибочные формулировки. Работа с этими ограничениями позволяет пациенту обнаружить искаженные представления и обогатить зафиксировавшуюся у него модель, пользуясь большей свободой действий. Чаще всего встречаются три типа ограничений.

1. Причина и следствие.

Пациента ограничивает уверенность, что какие-то действия одного человека вызовут совершенно определенные действия другого человека, то есть стимул А неизбежно вызовет реакцию Б. В таких случаях используется корректирующий вопрос: «Каким образом А вызывает реакцию Б?».

— Он вечно опаздывает и этим всегда нарушает мои планы.

— Каким образом это нарушает ваши планы?

Вопрос: «Каким образом А вызывает Б?» поможет пациенту обрести другие возможности, а их спектр огромен: пренебречь, привлечь чувство юмора, попытаться понять, не обратить внимания, в конце концов, даже извиниться.

«Его постоянное сидение за письменным столом вызывает во мне чувство одиночества» (кстати, обратите внимание на номинализацию — сидение). «Каким образом оттого, что он постоянно сидит за письменным столом, вы чувствуете себя одинокой?».

2. Чтение мыслей.

Это предположение о том, что один человек знает, что чувствует или думает другой, без прямого сообщения другого об этом.

Корректирующий вопрос: «Каким именно образом вы знаете, что это так?» поможет пациенту осознать и даже поставить под сомнение предположение, которое казалось ему бесспорным.

— Я знаю, что все понимают мое состояние, и просто не могу появляться на работе.

— Каким образом вы знаете, что все понимают ваше состояние?

— Я знаю, что так для него лучше.

— Как именно вы узнаете это?

3. Потеря субъекта.

Обычно это суждения, основанные на обобщении, представлении человека о том, что правила, обязательные для него и его модели мира, так же справедливы и обязательны для всех.

Цель работы: признавая за человеком право на собственные правила, позволить остальному миру иметь свои. Обычно человеку, пользующемуся подобным ограничением, даже не приходит в голову другая возможность. Целесообразен корректирующий вопрос: «Для кого?».

— Это унизительно — просить о снисхождении.

— Для кого это унизительно?

— Такие вещи совершенно непростительны.

— Кто не может простить такие вещи?

Итак, метамодель — это технический набор средств для оптимальной коммуникации. Это особое искусство, и, практикуясь в нем, психотерапевту следует обратить внимание на собственные внутренние процессы. Поскольку речь идет об интуитивном поведении, которое пациент не может оформить словами, возникает большой соблазн опереться на собственный внутренний опыт для его понимания.

«Отец наказал меня», — говорит пациент. Для психотерапевта это может означать «перестал разговаривать», для пациента — «избил до синяков».

Использование метамодели удержит вас от погружения в себя и поможет, опираясь на опыт пациента, извлечь его собственные ресурсы.

Задача психотерапевта — избежать субъективного толкования мира пациента, детально и скрупулезно объективизировать каждое чувство и каждое утверждение.

Фактически психотерапевты способствуют переводу опыта пациента из ряда ограничений в ряд возможностей.

Таким образом, нейролингвистическое программирование является эффективным и краткосрочным эклектическим психотерапевтическим методом, позволяющим работать с широким кругом проблем и состояний. Применение техник НЛП у пациентов с пограничным и психотическим уровнем расстройств возможно, но с из-

вестными ограничениями — может проводиться только в контексте общей стратегии лечебного процесса, с пониманием роли патопластических процессов, при условии стабильного лечебного альянса и сотрудничества с пациентом.

Глава 19
ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Групповая психотерапия — это метод, который применяет в лечебных целях групповую динамику, то есть вся совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта. Следует разделять групповую терапию и терапию в группе. Терапия в группе является не психотерапевтическим методом, а представляет собой форму организации терапевтического процесса, наряду с другими — индивидуальной, семейной, коллективной и т. д. В этом случае речь идет об использовании какого-либо психотерапевтического метода (гипноз, аутогенная тренировка, гештальт-терапия и т. д.) в группе пациентов. Групповая психотерапия отличается целенаправленным использованием в лечебных целях ситуации в группе и взаимоотношений пациентов, терапевтического потенциала группы. Групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим направлением, а представляет собой психотерапевтический метод, цели и задачи которого должны формулироваться в соответствии с общей теоретической концепцией в отношении природы психопатологии и направленности психотерапевтических воздействий. Другими словами, анализ группового взаимодействия используется для решения различных, специфических для выбранного направления терапевтических задач. Специфика метода заключается в возможности исследования и коррекции пациентов в социально-психологическом взаимодействии, в контексте взаимоотношений с другими людьми.

Взаимоотношения и взаимодействия пациента в группе, его эмоциональные и поведенческие реакции отражают его типичные модели взаимоотношений, терапевтическая группа выступает как модель реальной социальной жизни. Работа группы направлена на осознание неадекватных отношений и установок, неэффективных эмоциональных и поведенческих стереотипов, проявляющихся в межличностном взаимодействии, и изменение их в безопасной обстановке взаимного принятия.

Учитывая достаточно большое разнообразие психотерапевтических групп (по ориентации, теоретическим принципам и т. п.), их

цели тоже могут быть очень разными. Рассмотрим возможные универсальные цели психотерапевтических групп (Р. Кочюнас, 2000).

И. Д. Ялом (1985) выделяет следующие наиболее общие цели групповой психотерапии.

1. Выяснение проблем каждого участника группы и помощь в понимании и изменении своего состояния.

2. Постепенное увеличение уровня адекватной социальной адаптации.

3. Предоставление информации о закономерностях межличностных и групповых процессов как основа эффективного и гармоничного общения с другими людьми.

4. Поддержка процесса «созревания» личности, проявляющегося в раскрытии ее духовного потенциала.

H. Mullan и M. Rosenbaum (1978) наиболее общие цели групповой психотерапии характеризуют тремя важнейшими чертами личности клиента, раскрытие и развитие которых должно быть обеспечено в группе:

1. Принятие индивидуальной ответственности за свой жизненный выбор и риск.

2. Принятие на себя ответственности за других (группу); по окончании группы она преобразовывается в социальную и культурную ответственность.

3. Осознание самого себя и своих отношений с другими.

По словам A. Fenster (1993), цель групповой психотерапии заключается в том, чтобы расширить границы «Известного Я» за счет областей «Я скрытого», «белых пятен» и «Я неизвестного».

В рамках названных универсальных целей каждый терапевт психотерапевтической группы стремится сформулировать наиболее общие цели конкретной группы, принимая во внимание также конкретные личные цели участников группы.

История развития метода

Впервые использование группового взаимодействия для лечения различных заболеваний было предложено австрийским врачом и философом Францом Антоном Месмером (1734–1815). Он разработал теорию «животного магнетизма». Суть этой теории заключалась в следующем: существует некий магнетический «флюид», который в случае неравномерного распределения внутри организма человека порождает болезнь; задача врача — с помощью специальных манипуляций гармонично перераспределить «флюиды» и тем самым излечить больного (Шерток Л., Соссюр Р. де, 1991). Таинственная сила в виде

«флюида», исходящего от магнетизера, может накапливаться и передаваться другим с целью устранения болезней. Под влиянием этих идей Месмер разработал психотерапевтический прием лечения, который был назван им «бакэ» (от фр. *baque* — чан). Несколько пациентов располагались вокруг деревянного чана с водой, в крышку которого через специальные отверстия были вставлены намагниченные железные стержни. В условиях группового сеанса пациенты, прикасаясь к ним и друг к другу, создавали цепь, по которой циркулировал «флюид». Врач-магнетизер, касаясь чана, устанавливал раппорт и передавал через него целительную энергию всем пациентам одновременно. При этом он полагал, что люди впадают в особое состояние магнетического сна или транса. По мнению Месмера, механизм лечения имел сугубо физиологическое, но не психологическое содержание. Он ввел термин «раппорт», означающий физический контакт, благодаря которому происходила передача «флюида». Впоследствии «раппорт» в гипнотерапии стал означать словесный контакт гипнотизера с пациентом, находящимся в гипнотическом состоянии.

Опыты Месмера подвергались критике уже его современниками и были признаны несостоятельными. Однако с современных позиций можно разглядеть социально-психологические эффекты, связанные с межличностным взаимодействием врача и больного, целебным влиянием группы (Л. Шерток, Соссюр Р. де, 1991). Развитие феномена месмеризма И. Бернгеймом, А. Льебом, Ж. Шарко и др. способствовало формированию научных представлений о гипнозе и практических методов гипнотерапии в XIX в. (Карпенко Л. А., Кондаков И. М., 2005). В частности, было установлено, что гипнотическое воздействие сильнее при групповых формах работы. В. М. Бехтерев использовал податливость группы к воздействию и внушению при проведении гипнотических сеансов.

В 1905 г. врач общей практики Дж. Пратт впервые описал не только повышенную внушаемость пациента в группе, но и другие терапевтические феномены группового взаимодействия. Дж. Пратт сформировал группу из больных туберкулезом, руководствуясь экономическими соображениями. Многие пациенты были не в состоянии оплачивать регулярное посещение и осмотр врача. Групповые посещения обходились значительно дешевле и позволяли Пратту осуществлять постоянное наблюдение малоимущих больных.

По прошествии некоторого времени Дж. Пратт установил, что подобная форма диспансеризации позволяла не только своевременно отслеживать изменения в состоянии пациентов, но и способствовала улучшению их самочувствия. Обобщая опыт группового ведения больных, Дж. Пратт впервые выделил лечебные факторы группы — взаимное влияние, понимание, солидарность, способствовавшие

преодолению пессимизма и изоляции, улучшению не только психоэмоционального, но и физического состояния пациентов.

В отличие от Пратта, делавшего акцент на объединение группы вокруг лидера, Л. К. Марш (Marsch L. K., 1931), проводивший групповые сессии для психотических пациентов, структурировал их по типу «братских» отношений. Тем самым он спроектировал такую структуру группы, которая сохранила свое значение до сегодняшнего дня. Наконец, следует упомянуть П. Ф. Шилдера (Schilder P. F., 1928), который был первым психоаналитиком, проводившим групповое лечение преимущественно для лиц, страдающих психозами.

Начало XX в. совпало с развитием социальной психологии. Левин, изучая взаимодействие людей в группе, открыл законы групповой динамики. Он рассматривал личностные расстройства как результат нарушения отношений с другими людьми, социальным окружением. Таким образом, группа начала рассматриваться как инструмент социального обучения.

В 1932 г. Ж. Морено ввел термин «групповая психотерапия» для обозначения метода лечения, использующего групповые феномены.

Начиная с этого времени, групповое движение в психотерапии и практической психологии стало приобретать большой размах. Метод психологической помощи людям, реализуемый через малую группу (психотерапевтическую или психокоррекционную), оказался чрезвычайно эффективен и потому приобрел статус одного из самых популярных.

К настоящему времени этот метод представлен удивительным многообразием конкретных методических подходов, обусловленных различными теоретическими ориентациями.

У нас в стране наиболее разработанной является патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия, в основе которой лежат принципы психологии отношений В.Н. Мясищева.

Групповые феномены

Групповая динамика — совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих развитие малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. К групповой динамике относятся проблемы целей и норм группы, руководства, внутреннего напряжения, проекции прошлого опыта и актуальных взаимосвязей, создания подгрупп и отношений индивидуума с группой. Групповая динамика представляет собой развитие или движение группы во времени.

Групповые правила — совокупность правил и требований, стандартов поведения, вводимых для регулирования отношений между членами группы. Обычно задаются терапевтом или вырабатываются совместно с группой на первой сессии. К таковым можно отнести следующие правила: конфиденциальность, искренность, ответственность за регулярное и своевременное посещение занятий, безоценочные высказывания, общение напрямую, избегание советов, правило «стоп».

Нормы группы представляют собой совокупность неписаных правил, регулирующих взаимодействие участников группы, — желательных и нет, которые определяют, что правильно, что неправильно, что хорошо и что плохо; они влияют на отношения и поведение членов группы, частично даже затрагивая внегрупповые связи. Группа осуществляет давление на своих членов, заставляет подчиниться этим нормам. Индивидуум, не принимающий групповые нормы, оказывается в позиции девианта. Девиант вначале приковывает к себе внимание группы, которая всеми силами пытается привести его в соответствие с нормами, однако в случае неудачи исключает из своей среды и объединяется против него. К психотерапевтическим нормам относятся: проявление эмоций, рассказ о своих проблемах, акцептация и толерантность по отношению к другим, активность в различных групповых дискуссиях и т. д. В группе могут сложиться «антитерапевтические нормы», например: утаивание истинных чувств, создание подгрупп и эротических пар, наигранное преувеличение чувств и эмоций, табу на некоторые темы — агрессивных чувств по отношению к психотерапевту или сексуальные темы, и наоборот, норма псевдотерапевтического поиска сексуальных мотивов каждого предложенного поступка и т. п. Если пациенты заранее подготовлены к работе в составе группы, то требуемые групповые нормы они создают быстрее и легче.

Структура группы определяется тем, как проявлены групповые роли, лидерство в группе. Исходя из социометрических исследований в группах, Р. Шиндлер (1957) разработал концепцию «социодинамической ранговой структуры» и выделил пять групповых ролей:

1. Альфа — лидер, побуждает группу к действиям, импонирует группе, является выразителем групповых действий и групповой воли.
2. Бета — эксперт, имеет специальные знания, навыки или способности, которые группе всегда требуются или которые группа уважает. Его поведение самокритично и рационально.
3. Гамма — пассивные и легко приспосабливающиеся члены, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой.
4. Омега — самый «крайний» член, который отстает от группы в силу какого-то отличия или страха.

5. Дельта — противник, оппозиционер, активно выступающий против лидера. Если сумеет отстоять свою позицию, то свергает Альфу и занимает его место.

В литературе можно встретить и другие роли: монополист, который пытается привлечь к себе внимание; мученик, взывающий о помощи и в то же время отказывающийся от нее; моралист, который всегда прав; квазитерапевт, перехватывающий инициативу, он постоянно что-то исследует, предлагает и дает советы, действует в соответствии с идеальным представлением о поведении терапевта; любимчик, пробуждающий нежные чувства и постоянно нуждающийся в защите; приносимый в жертву «барашек», против которого обычно направляется вся подавляемая и сдерживаема до тех пор агрессия; шут, развлекавший группу по своему усмотрению; агрессор; провокатор; оппозиционер; защитник; нытик (кверулянт); бедняга; непризнанный; педант; блюститель демократии (правдолюбец); отшельник; секундометрист; ребеночек и соблазнитель. Такое многообразие связано с тем, что группа, как правило, дает собственные названия ролям наиболее выделяющихся членов группы.

Групповая психотерапия позволяет расширить репертуар ролей, овладеть новыми ролями, непохожими на те, к которым привык пациент.

Групповая сплоченность — привлекательность группы для ее участников, взаимное принятие, рассматривается как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом.

Содействуют формированию сплоченности (Кратохвил С., 1978):

1. Удовлетворение личных потребностей индивидуумов в группе или при помощи группы (как актуальных, так и потенциальных).
2. Разного рода симпатии между членами группы, их взаимное тяготение.
3. Мотивировка каждым индивидуумом своего членства, включая усилия, которые он приложил, чтобы попасть в группу.
4. Дружески располагающая атмосфера.
5. Престиж группы, при одновременном повышении престижа индивидуума во время его членства.
6. Влияние групповой деятельности: воздействие, с одной стороны, притягательности совместной активности; с другой — использование групповых технических приемов, направленных непосредственно на поддержку членов группы.
7. Соперничество с иной группой или группами; нередко повышает сплоченность сам факт существования других групп, в определенной степени подобных данной, но отличающихся и руководителями, и собственной активностью, которые естественно время от времени

сопоставляются при одновременном сохранении некоторых групповых «тайн».

8. Присутствие в группе девианта, поведение и мнения которого не соответствуют принятым нормам, имеющим для группы существенное значение, объединяет всю группу против него.

9. Взаимная зависимость участников при работе над конкретными задачами.

10. Переживание группой сильного стресса, например вражды, неприязни или критического отношения со стороны общества, вышеили околостоящих организаций, связанного с чувством всеобщей несправедливости. У плохо сплоченной группы внешнее давление может ускорить распад, но в группе, основанной на принципах противостояния, только повысит внутреннее единство и еще больше объединит группу. Это обстоятельство может быть одной из причин повышения замкнутости различных сект и фракций в результате их преследований.

В психотерапевтических группах некоторые элементы достаточно выразительны уже с самого начала возникновения группы. Зависит это:

1) от удовлетворенной потребности в помощи;
2) от эмпатии и толерантности членов группы;
3) от чувства солидарности при одинаковых симптомах, проблемах и конфликтах;
4) от групповой ориентации на чувства и их проявления.

Групповое напряжение. При взаимной интеракции членов группы возникает естественное, определенное напряжение. Обусловлено оно тем, что, помимо всего прочего, при удовлетворении личных потребностей каждый должен иметь в виду потребности остальных. Поэтому члены группы во время совместной жизни и деятельности противопоставляются друг другу по различным взглядам, позициям, идеалам, отношениям, потребностям и поведению. То обстоятельство, что надо адаптироваться с группой, ограничивает потребности и расстраивает планы некоторых членов группы. Появляются антипатия, чувство злости, агрессивность, неприязнь. Возникают конфликты между индивидуумами, между индивидуумом и группой, между подгруппами и между группой и руководителем, лидером. Часть этого напряжения может быть как проявлением типичного протеста против авторитетов, если руководитель действует по указке, так и проявлением беспомощности и неуверенности, если руководитель отклоняется от активной роли лидера. Групповое напряжение связанно с внутренним напряжением каждого индивидуума в группе. Оно может иметь характер тоски, подавленности и страха, враждебности и агрессивности.

Среди членов группы прослеживается тенденция реагировать на напряжение в соответствии со своими привычными стереотипами поведения: подавлять его, скрытно обсуждать, либо выставлять всем напоказ. В группе могут возникать реальные конфликты и конфликты, которые являются следствием прямого перенесения пережитого опыта прошлого в конкретную и актуальную ситуацию. Напряжение же индивидуума есть результат истинного поведения остальных членов и собственных ощущений и чувств, рожденных под воздействием прошлого опыта, в которых и реализуется нынешнее настроение.

Высокий уровень напряжения ведет к стремлению членов выйти из группы. В связи с этим важен баланс между сплоченностью и напряжением. Так, напряжение полезно и необходимо:

1) как движущая сила, импульс, который постоянно стимулирует усилия изменить свое теперешнее состояние;

2) как фактор, поддерживающий ориентацию проводимого обсуждения на высказывание отрицательных переживаний и чувств;

3) как фактор, который возбуждает проявление непривычных стереотипов поведения.

Сплоченность и напряжение являются соответственно стабилизирующим и побуждающим фактором. Отсутствие сплоченности не позволяет группе формироваться, отсутствие напряжения — развиваться. В ходе терапии необходимо поддерживать динамическое равновесие между сплоченностью и напряжением.

Лечебные факторы

Внушение надежды. В группе происходит общение пациентов, находящихся на разных стадиях выздоровления. Наблюдение за другими людьми и взаимодействие с более здоровыми членами группы позволяют пациентам с оптимизмом относиться к собственному состоянию и перспективам, перенимать успешный опыт. Некоторые формы терапии и реабилитации используют этот фактор в качестве основного, например Общество анонимных алкоголиков.

Универсальность страданий. Пациенты с психической патологией в той или иной степени сталкиваются с социальной изоляцией. Кроме того, психические патологии связаны с эгоцентризмом и субъективным переживанием собственной исключительности. Осознание сходства собственных переживаний, симптомов, поведения с переживаниями и поведением остальных членов группы дает возможность получать и оказывать поддержку, устраняет катастрофизацию проблем.

Сообщение информации. В ходе ведения группы терапевтом осуществляется дидактическое обучение пациентов. Члены группы по-

лучают информацию о функционировании психики, значении симптомов, групповой динамики, процессе психотерапии и т. д.

Альтруизм. В ходе группового взаимодействия пациенты приучаются оказывать и получать поддержку, осваивают новые социально приемлемые формы поведения.

Корректирующий анализ влияний родительской семьи. Группа представляет собой модель реального мира и, прежде всего, родительской семьи. Члены группы взаимодействуют с терапевтами и друг с другом так, как они взаимодействовали со своими близкими. В ходе терапии появляется возможность выявления ранних конфликтов, патогенных отношений и их коррекция.

Развитие социализирующих техник — в процессе группового взаимодействия пациенты получают возможность развития базовых навыков общения.

Имитационное поведение. Участники группы подражают поведению, одобряемому в группе, пробуют новые способы взаимодействия.

Интерперсональное влияние. Групповое взаимодействие позволяет выявить и скорректировать неадекватные установки в отношениях с другими людьми. Группа наглядно демонстрирует в отношениях паратаксических искажений — склонности человека строить свое отношение к другому преимущественно на основании собственных фантазий и интерпретаций. Паратаксическое искажение включает в себя переносные отношения и искажение межличностной реальности в зависимости от внутриличностных желаний. Результатом подобных искажений становится само исполняющееся пророчество — поведение другого человека в реальности становится таким, каким мы его неосознанно хотели видеть и провоцировали.

Групповая сплоченность. Возникновение сплоченности имеет огромное значение для психотерапевтического процесса. Члены таких групп более восприимчивы, и между ними наблюдаются искренние, доверительные отношения. Очень важным следствием группового сплочения является возможность раскрытия конфликтного переживания, конструктивного проявления враждебных чувств.

Катарсис. Интенсивное выражение ранее подавляемых, скрываемых чувств. Катарсис чаще всего переживается при выражении связанных с прошлым или настоящим чувств грусти, любви и гнева (как утверждает W. H. Friedman (1989), такова очередность их проявления по частоте). Интенсивное проявление чувств нередко сопровождается потерей самоконтроля, поэтому в психотерапевтических группах участники склонны сдерживать себя, подавлять чувства, так как опасаются последствий возможной утраты самоконтроля. Поэтому интенсивность и частота катарсиса зависит как от степени подавления

своих чувств участниками, так и от атмосферы безопасности в группе. Обычно после переживания катарсиса появляется чувство расслабления, которое считается обязательным элементом катарсиса. Чтобы катарсис имел продолжительное психотерапевтическое воздействие, а не остался лишь моментным освобождением от чувств, он должен быть оценен в контексте как группы, так и жизни участника вне группы.

Коррективный эмоциональный опыт. В ходе группового взаимодействия участники осознают неприемлемость и неадекватность прежних эмоциональных реакций через проверку реальностью:

1. Группа дает возможность в достаточно безопасной обстановке выразить сильные эмоции.
2. Группа поддерживает и принимает выражение любых эмоций. Группа позволяет проанализировать, чем на самом деле вызваны сильные переживания — реальной ситуацией и поведением участников или внутренними установками, влиянием прошлых отношений и т. д.
3. Группа помогает признать неприемлемость, неадекватность и нецелесообразность определенных форм поведения.
4. Группа дает возможность участнику опробовать новые способы взаимодействия.

Экзистенциальные факторы. В сплоченной и принимающей группе участники способны анализировать и корректировать свое отношение к фундаментальным проблемам бытия — признание жестокости и несправедливости жизни, понимание неизбежности смерти, признание одиночества, принятие ответственности за свою жизнь.

Формирование группы

Психотерапевтическая группа является одним из методов психотерапевтического воздействия. Как и прочие лечебные процедуры, группа назначается лечащим врачом. Показания и противопоказания к групповой терапии зависят от методологической ориентации и функциональной направленности работы. При назначении групповой терапии необходимо учитывать не только полезность группы для пациента, но и способность пациента быть полезным группе.

Не рекомендуется брать в группу пациентов, которые отказываются проходить групповую психотерапию, не хотят или неспособны по внешним обстоятельствам соблюдать условия группового соглашения. Это связано с высоким риском преждевременного окончания лечения и ухода пациента. Чаще всего уход пациента происходит в стадию конфронтации, в этом случае пациент прекратит лечение в более худшем состоянии, чем в начале терапии. Уход пациента будет

воздействовать отрицательно и на остальных членов группы, нарушит групповой процесс, особенно в малой изолированной группе.

Абсолютными противопоказаниями являются болезни, связанные с утратой сознания, наличием острой психотической симптоматики, декомпенсация соматических болезней.

В настоящее время, определяя показания к групповой психотерапии, в большей степени полагаются не на клинический диагноз, а на соматические, психологические и социальные особенности пациента, позволяющие ему разумно участвовать в процессе и вынести пользу из тех задач и целей, которые группа ставит перед собой. Соответственно обращают внимание на наличие у пациента повреждений головного мозга, низкого интеллекта, сильной глухоты или заикания, органической недоразвитости, а также на причины, побудившие и побуждающие сохранять свое болезненное состояние (так называемую выгоду от болезни) и возможность сотрудничества с другими людьми в группе. Трудности с включением в группу могут возникнуть у лиц с сильно выраженной подавленностью, скованностью, которые делают почти невозможным установление контакта с группой, или у людей с суицидальными наклонностями, тяжелой психопатией.

Невозможно однозначно сформулировать требования к половому и возрастному составу пациентов. Так, например, в группе для невротиков важным является смешанный состав, это обеспечивает на должном уровне дифференцированную групповую интеракцию. Однако может существовать и необходимость создания групп с определенными гомогенными характеристиками. Например, группы алкоголиков, в которые обычно входят люди одного пола и с одинаковой проблематикой, группы молодежи, группы старых людей и группы гомосексуалистов, в которых не следует смешивать гомосексуалистов мужского и женского пола, точно так же как и алкоголиков с другими токсикозными больными. Как правило, группы пациентов формируются из людей со сходными патологиями. Допустимо привлекать в группу невротических пациентов одного-двух участников с более тяжелыми расстройствами допсихотического уровня.

Допустимая степень смешанности состава группы и возможная групповая динамика зависят от ее задач и временных рамок, которыми она ограничена. Группы, рассчитанные на малые сроки существования или на оказание эмоциональной поддержки, тяготеют к большей однородности в составе участников, а группы, рассчитанные на более длительные сроки или на выработку межличностного понимания, могут выиграть от большей гетерогенности. В идеале группа должна представлять наиболее полную модель мира, предоставлять пациентам возможность взаимодействия с разными людьми, наблюдать и осваивать разные социальные роли. То есть участники должны

быть разного типа, пола, возраста, образования, социального статуса и т. д. Однако абсолютно разные люди, не имеющие никаких точек соприкосновения, не смогут достаточно быстро сплотиться и сформировать рабочую группу. Люди же близкие друг другу, похожие друг на друга не смогут достичь необходимого для развития группового напряжения. Таким образом, группа должна быть гомогенна насколько необходимо и гетерогенна насколько возможно.

Существует правило, что членами одной группы ни в коей мере не могут быть люди, состоящие в служебных или каких-либо других отношениях. Однако из этого правила существуют исключения. Например, можно и даже очень полезно создавать группы из супружеских пар, а также можно проводить интенсивный курс лечения с целым коллективом сослуживцев, особенно если руководить будет не работающий с ними тренер или терапевт.

Группа должна быть достаточно большой, чтобы обеспечить необходимое разнообразие взаимодействий, и достаточно компактной, чтобы каждый мог чувствовать себя ее неотъемлемой частью. По мере роста численности группы повышается вероятность того, что отведенное для ее работы время будет узурпироваться кем-либо из наиболее разговорчивых, склонных к доминированию участников, и что в ней будут образовываться подгруппы и группировки. Когда группа слишком малочисленна, она перестает действовать как группа, а ее члены оказываются вовлеченными в проводимые в условиях группы индивидуальные консультации или психотерапевтические сеансы.

В целом по мере роста численности группы эффективность терапевтических воздействий снижается. Так, проведение группового психоанализа, при котором психотерапевт должен глубоко проникать в психику членов группы, обычно требует относительно малой численности — от шести до десяти человек. «Правило восьми» (Kellerman H., 1979) гласит, что восемь человек — оптимальная численность для терапевтической группы: такая группа достаточно мала, чтобы способствовать близости и налаживанию прямых контактов между всеми членами группы, и достаточно велика, чтобы обеспечить необходимую динамичность и разнообразие опыта взаимодействий. Значимым фактором выступает также длительность каждого занятия. Считается, что 90 мин достаточно, чтобы предоставить каждому члену группы, состоящей из восьми человек (плюс руководитель), оптимальные 10 мин группового времени (Foulkes S. H., Anthony E. J., 1957).

В отличие от терапевтических групп, типичные группы личностного развития несколько более многочисленны — они могут насчитывать в себе от 8 до 15 человек. Для того чтобы каждый член такой группы имел возможность высказаться и получить обратную связь, требуются более продолжительные сеансы работы. При использова-

нии некоторых подходов к работе с группами, их численность в крайних случаях может превышать полсотни человек.

При формировании группы необходимо установить формат — открытый или закрытый. Открытая группа на продолжении своего существования принимает новых членов, таким образом ее состав постоянно обновляется. Новые члены приходят в устойчивую группу со сформировавшимися правилами и нормами. Закрытые группы работают с неизменным составом участников. Продолжительность группы и частота встреч определяются по аналогии с индивидуальными психотерапевтическими сеансами. Стандартная продолжительность одного группового сеанса — полтора часа.

Ведущему целесообразно лично познакомиться с участниками, провести предварительные беседы, коротко рассказать о целях и задачах групповой терапии, форме проведения занятий. Подобные беседы не столько дают реальную информацию о группе, сколько снижают вполне объяснимую тревогу пациентов, связанную с новой формой терапии, необходимостью общения с незнакомыми людьми. Необходимо учитывать, что представления о групповой терапии большинства пациентов скорее негативны. Пациенты не понимают, как они могут помочь друг другу, опасаются плохого отношения со стороны группы и т. д.

Если группа тренировочная или терапевтическая, с самого начала начинает функционировать в полном составе, можно проследить этапы ее развития. Обычно приводят 3—5 фаз, однако различные авторы называют и описывают их совершенно по-разному.

Фазы развития закрытой группы

1. **Фаза ориентациии зависимости.**

На первом сеансе групповой терапии ведущий вводит правила группы. Проговаривается время проведения группы, обязательность присутствия всех участников, конфиденциальность, условия выхода из группы, форма обращения участников друг к другу и т. д. Введение правил позволяет снизить тревожность участников, закрепляет границы группы, нормы поведения. Принятие участниками правил устанавливает их личную ответственность за работу группы. Введение правил может сопровождаться групповым обсуждением. После установления правил группы участникам предоставляется возможность познакомиться друг с другом, коротко рассказать о себе, своих ожиданиях по поводу групповой терапии, сформулировать свои цели и задачи в группе.

Члены группы ориентируются друг в друге, в том, посещать ли им далее группу; ищут смысл. Группа встревожена, обеспокоена, неуве-

ренна и одновременно зависима. Ожидая, что ими будут руководить, члены группы требуют получения хоть малейшей информации. Скрыто или открыто ищут руководителя, лидера, обращаются к нему за инструкциями и ответом, за признанием и одобрением своих поступков. Пациенты идеализируют терапевта, постоянно жаждут деятельности, объяснения цели, намерений и планов, советов и решения своих неприятностей и проблем. Одновременно все члены ориентируются в группе: принимают их или отвергают, как кто на них реагирует, кто им сочувствует. Они выискивают общие черты, точки соприкосновения и различия, каждый из них выясняет, хочет ли он остаться в группе или выйти из нее.

Начало общей дискуссии даже на незначимые темы — большой шаг в развитии групповой сплоченности. Содержание и стиль общения в начальной стадии уподобляется повседневному, обсуждаются часто неопределенные, второстепенные или общеизвестные вещи, наблюдается осторожное взаимное «прощупывание». В психотерапевтической группе пациенты зачастую начинают рассказывать свою жизненную ситуацию, говорить о своих ожиданиях от группы. Остальные участники комментируют и дают советы. Ни рассказчики, ни слушатели не в состоянии пока обсуждать подлинный смысл проблем и оценивать происходящее в группе как эффективную терапию. Однако готовность выслушать и поделиться своими проблемами позволяет группе начать взаимодействовать. На этой стадии обсуждение проблем сводится к выявлению внешних мешающих факторов и обстоятельств. Участники группы пытаются объединиться, заявляя: «Мы все здесь хорошие люди, попавшие в сложные ситуации, наши проблемы связаны с внешними факторами». Подобные установки могут создавать видимость сплоченной группы, хотя речь, конечно, идет о псевдосплоченности. На самом деле участники озабочены не проблемами друг друга, а собственным положением в группе, укреплением своих позиций, статуса.

Участникам кажется, что они могут помочь друг другу практическими советами по преодолению различных жизненных трудностей, не особенно вдаваясь в причины их возникновения. Человеку, жалующемуся на сложности в профессиональной сфере, предлагают поменять работу, пойти учиться, поговорить с начальником и т. д. Одиночество предлагается устранить с помощью сайтов знакомств, походов на различные мероприятия и т. д. Участники могут делиться личным опытом: «Я делаю так...». В обсуждении не учитываются личностные особенности участников, истинные причины их жизненных трудностей, причины, по которым участник выступает со своим рассказом в группе. Все, что происходит в этот период, часто не имеет отношения к реальному прояснению и решению проблем, участники знакомят-

ся друг с другом, стараются создать безопасную атмосферу принятия. Жалобы одних, сочувствие и советы других вызваны необходимостью укрепить свои позиции в новом коллективе. Формируется ролевой рисунок группы — выделяются основные участники: лидеры, оппозиционеры, эксперты, приспосабливающиеся и т. д. Как правило, поведение участников стереотипно, формально — в группе они играют привычные для жизни роли. Так, обсуждения начинают наиболее тревожные участники или лица с выраженным истероидным радикалом. Рассказ о проблемах дает возможность снять напряжение молчания, привлечь внимание группы, вызвать сочувствие, обезопасить себя в новой непонятной ситуации. Активная помощь остальных участников позволяет создать иллюзию, что они лучше справляются с трудностями, знают способы их преодоления, то есть снизить тревожность и создать о себе благоприятное впечатление.

Постепенно участники начинают испытывать неудовлетворенность — советы хоть и принимаются с благодарностью, но признаются неосуществимыми. Начинается игра: «Да, но...». Пациент, поделившийся своими проблемами, объясняет, почему он не может их решить с помощью советов группы. Группа начинает чувствовать бессилие, раздражение, не может найти смысла в совместной деятельности. Психотерапевт также не разъясняет проблему и не дает четких рекомендаций. Подобное поведение воспринимается участниками как отказ в помощи или признание невозможности эффективного выхода из сложившейся ситуации. В группе нарастает напряжение. Неудовлетворенность собственной эффективностью и обманутые ожидания по поводу активного вмешательства терапевта вызывают агрессию.

Таким образом, члены группы вначале слишком недооценивают возможности группового лечения и надеются на психотерапевта. Постепенно пациенты знакомятся, начинают предъявлять свои проблемы, но сталкиваются с тем, что психотерапевт не решает их, это приводит к нарастанию напряжения и группа приближается к переходу во вторую фазу своего развития.

Облегчить фазы знакомства и ориентации можно, включая различные методы работы.

Основным методом групповой работы на первой стадии является групповая дискуссия — совместное обсуждение участниками какого-либо материала. На начальном этапе групповая дискуссия инициируется и контролируется терапевтом. Ведущий может предложить тему для обсуждения — начать тематическую групповую дискуссию. Речь может идти об обсуждении правил группы, ожиданий участников от группы, рассуждений на темы, связанные с причинами психических проблем и т. д. Задачей первых групповых дискуссий является преодоление изоляции и инициирование общения участников группы. Чем

менее тема дискуссии приближена непосредственно к личностям участников и происходящему в группе, тем свободнее и легче строится общение. С другой стороны, формальные, оторванные от реальности темы обесценивают групповую работу, создают антитерапевтические групповые нормы — модели поведения участников, принимаемые группой, но не способствующие решению групповых задач.

Для создания безопасности при обсуждении личного материала на начальном этапе могут использоваться приемы из кинотерапии (совместный просмотр фильма), психодрамы (построение сценки) или арт-терапии (создание общего рисунка), способных вызвать личные переживания у участников группы. Обсуждение переживаний в этом случае кажется достаточно безопасным — участники обсуждают не личные проблемы, а героев фильма, рисунка, психодраматического действия, сюжетные линии. При этом участники могут говорить о личных переживаниях, вызванных совместными действиями, вспоминать собственный опыт и т. д. Ведущий направляет разговор на обсуждение чувств героев действия и анализ реакций участников на них, помогает участникам обнаруживать причинно-следственные связи жизненных ситуаций героев с их личностными особенностями. Подобный опыт обсуждения помогает группе на следующих этапах применять те же способы уже для обсуждения личных переживаний и ситуации в группе. Задавая и поощряя те модели поведения участников, которые способствуют решению задач группы, ведущий формирует терапевтические нормы групповой дискуссии.

Для безопасного знакомства участников может применяться создание проективного рисунка. Ведущий предлагает участникам сделать рисунок на заданную тему — нарисовать любой предмет, дерево или животное и т. д. Как правило, это задание на начальном этапе не вызывает сильного сопротивления. Участники могут лишь сообщить о своем неумении рисовать. Кажущийся игровой, развлекательный характер этого задания помогает снизить тревожность группы и начать обсуждение с безопасных рисунков, а не с опасных личных проблем. Представляя свой рисунок, участники рассказывают от лица изображенного персонажа (предмета) о своих качествах, истории, переживаниях. При обсуждении рисунков терапевт делает акцент на чувствах, которые вызывают рисунки, пресекает критику и неприемлемые интерпретации. Тематические дискуссии постепенно переходят в биографические. Участники рассказывают о своих личных ситуациях и предлагают их в качестве тем для обсуждения. Способствовать самораскрытию участников может также создание рисунка на темы: «Мой портрет», «Моя проблема», «Моя семья» и т. п.

Для развития сплоченности и снятия напряжения на начальном этапе могут использоваться различные техники психогимнастики.

Психогимнастика — невербальные методы взаимодействия участников, использование двигательной экспрессии. Психогимнастические упражнения снимают напряжение, разогревают группу, помогают преодолеть дистанцию, развивают способности самовыражения на невербальном уровне.

Одна часть упражнений используется для поднятия энергии в группе, другая — для активизации внутригруппового общения. Участникам предлагается поделиться впечатлениями, рассказать, что вызывало трудности, что понравилось. Ведущий должен показать участникам, что игровые методы — не развлечение, а одна из форм работы. Обсуждение техник переходит в групповую дискуссию.

Необходимость применения различных техник должна быть обусловлена ситуацией в группе. Давая задание участникам, терапевт принимает на себя ответственность и занимает активную позицию. Чем более развита группа, тем менее она нуждается в дополнительной стимуляции со стороны терапевта. Постепенно он должен снижать уровень собственной активности и предоставлять возможность участникам самим выстраивать взаимодействие.

Наиболее эффективными для терапии являются интеракционные дискуссии — обсуждение актуальной ситуации в группе, взаимоотношений и взаимодействий участников. Ведущему необходимо инициировать интеракционную дискуссию всякий раз, когда группа испытывает затруднение, скрывает подлинные чувства, готова к переходу на следующий этап. Развитие межгрупповых взаимодействий сопряжено с определением своей роли в группе, так как претендентов на одну и ту же роль, как правило, несколько, то это подводит участников к необходимости бороться за свое место в группе.

2. **Фаза конфликтов, агрессии, сопротивления (реактивная фаза).**

Для второй фазы характерны конфликты между членами группы и между группой и формальным лидером. Проявляется тенденция к самоутверждению, соперничеству, наблюдается «борьба за власть», кристаллизация ролей на активные и пассивные, доминирующие и подчиняющиеся, каждый член пытается завладеть инициативой и вниманием. Возникают иерархия ролей, «распределение мест наверху или внизу», негативные комментарии и критика между членами, проявления враждебности. Попытки психотерапевтической работы с кем-либо из участников напоминают «нападение», «товарищеский суд». Могут появляться и критические замечания по поводу психического «раздевания» в группе, против выявления настоящих, искренних чувств и против сопоставления своих проблем с проблемами остальных людей.

На этой фазе развития возникает вполне обоснованная враждебность, протест и «бунт» против психотерапевта. Если в первой фазе

группа стремится вознести терапевта на пьедестал и повысить его авторитет, то во второй фазе она восстает против него и пытается досадить ему и расстроить. Ожидания и надежды на него бывают настолько велики, что члены группы чувствуют ужасное разочарование по поводу их необоснованности. Агрессивные чувства против психотерапевта возникают либо тогда, когда вся группа признает и принимает авторитарную роль лидера, который и провоцирует протест, либо когда психотерапевт отказывается традиционным способом руководить группой и предоставляет ее собственной инициативе. Более отрицательную реакцию вызывают те терапевты, которые никак не поддаются определению, предлагают мало объяснений смысла, целей и задач группы и этим еще сильнее сводят на нет начальное ожидание группы. Можно свести на минимум все агрессивные чувства, если руководить демократически, спокойно и дружески; если руководитель как эксперт является инициатором деятельности, при этом всегда советуясь с группой и учитывая всеобщие пожелания. Терапевты, которые считают довольно сложным для лечения конфронтацию членов с собственными ожиданиями, держатся часто с ними довольно индифферентно, что способствует успеху терапии. Протест и враждебность вначале скрытые, иногда перерастают в прямую агрессию против терапевта. Это возможно, если группе удалось достичь некоторой степени сплоченности. В слабой, разрозненной группе недовольство будет выражаться большим количеством вопросов к терапевту, часто личного характера — об образовании и опыте работы, семейном положении, личном опыте решения сходных проблем. Слабая группа прибегает к завуалированной форме конфронтации. В этом случае участники не обращаются напрямую к терапевту, избегают тем, связанных непосредственно с группой, выражают сомнения по поводу своего выздоровления, методов лечения и т. д. Такие участники предпочитают направлять агрессию на внешних врагов, так как это более безопасно, — обсуждать поведение членов семьи участников группы, других значимых личностей, вообще врачей, социальных институтов и т. д. Другим безопасным вариантом выражения агрессии являются нападки на аутсайдера. На этом этапе аутсайдер выделяется по формальным признакам. Им может стать самый молодой или самый пожилой участник группы. Мужчина в преимущественно женской группе. Человек, внешне отличающийся от остальных, — одеждой, манерой поведения. Исключить подобное развитие событий лучше уже на этапе отбора пациентов. В группу не должен попасть человек, значительно отличающийся по внешним признакам от остальных. Если же такая ситуация произошла, терапевту необходимо при первых же признаках зарождающейся в группе «дружбы против» одного из участников обсудить сложившуюся ситуацию и показать ее защитный характер.

Каждый из членов группы может в порядке очередности считать терапевта своим неприятелем, неспособным и злым человеком. Группа переносит на ведущего ответственность за свое разочарование, она может его изолировать и исключить из своей среды. Существенным для развития группы является тот факт, что она обязательно должна пройти через прямую, открытую конфронтацию с психотерапевтом, который обязан всеми силами не только позволить это, но даже поддерживать. Конечно, эта стадия довольно неприятна для терапевта группы, но если он выдержит «нападение», докажет, что проявление агрессивности не всегда пагубно, то агрессивность может быть понята, разъяснена и потом вытеснена.

Соответственно, задача психотерапевта на этом этапе — помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, осознать защитный характер ситуации, сходность поведения и переживаний в группе с позициями пациентов в повседневной жизни, показать, что агрессия может быть конструктивной и способствовать развитию человека. Необходимо помочь пациентам выразить свои истинные чувства по отношению к психотерапевту и ситуации в группе, обсудить сложившуюся ситуацию. Ни в коем случае не следует нейтрализовать конфликт и пренебрегать обсуждением негативных чувств, возникающих у участников. Конфликт и способы поведения в конфликте помогают участникам осознать проблемы зависимости, самостоятельности, подчинения, доминирования, ответственности. Именно столкновения участников с терапевтом и друг с другом помогают прояснить ситуацию, взаимоотношения, способствуют развитию доверительных отношений, истинной сплоченности группы. Терапевт принимает агрессию группы. Наглядно демонстрирует эффективные способы поведения в конфликте. Участники должны убедиться, что агрессия не смертельна, не обязательно приводит к разрыву отношений. Ее можно пережить и обсудить в группе. Правильно проведенная работа с конфликтом позволяет участникам начать реальное взаимодействие друг с другом, перейти от обсуждения историй к обсуждению особенностей личности друг друга, способствует взаимопониманию и сплочению. От степени интенсивности этой фазы зависит дальнейшая групповая работа. Завершение этой стадии — открытое выражение чувств не только в адрес терапевта, но и друг друга и анализ их причин.

Группа, напрямую выражающая агрессию, не требует использования специальных техник на данной стадии развития. При работе со слабой краткосрочной группой терапевт может предложить составить социограмму. На ватмане участники записывают свои имена, а затем с помощью фломастеров разного цвета проводят стрелки от своего имени к именам остальных участников.

В зависимости от зрелости группы и допустимого уровня фрустрации обоснование стрелок может быть разным. Наибольшее напряжение создает задание выбрать из членов группы одного друга и одного врага, и провести к этим участникам соответственно красную и черную стрелку. Подобное задание может вызвать мощное сопротивление участников и привести к открытому конфликту между группой и терапевтом. Очевидно, что конфликт в этом случае не провоцируется заданием, а лишь проявляется в открытом поведении. В этом случае терапевт начинает работу с конфликтом.

Если группа не готова перенести такой уровень напряжения, терапевту целесообразно дать более безопасное задание. Провести красную стрелку к участнику, которому «могу доверять, открыться» и синюю (безопасный вариант черной) — к тому, кому не готов «доверять».

После выполнения задания социограмма обсуждается. Обсуждение начинается с общего впечатления от получившейся схемы групповых взаимоотношений. Анализируются особенности социограммы — наличие «звезд» группы — людей, к которым проведено несколько красных стрелок, «врагов» — лидеров по количеству синих (черных) стрелок, взаимные стрелки и т. д. Следующий этап — детальный анализ переживаний участников, вызванных работой над социограммой и ее результатами. При обсуждении ведущий инициирует обращения участников друг к другу. Участники должны объяснить друг другу возникшие у них чувства, переживания, мотивы выбора и т. д.

Социограмма наглядно показывает установки участников, эмоциональные стереотипы, страхи, связанные с отношениями, дает возможность группе перейти к новому уровню обсуждений групповой ситуации и собственных проблем.

На стадии работы с конфликтами могут также использоваться различные экспрессивные методики. Можно предложить участникам выражать свои чувства сначала невербальными способами, а лишь затем их озвучивать.

3. **Фаза развития сплоченности и сотрудничества.**

В дальнейшей работе снижается напряжение, серьезность и количество конфликтов, возрастает сплоченность, потребность в чувстве собственной принадлежности к группе, сознание всеобщего «мы». Наступает консолидация и уравнивание общих норм и ценностей. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой объединенной акции и совместной работе. Главным интересом группы становится интимность, близость и взаимное согласие (гармония). Группа часто на этой стадии подавляет свои отрицательные эмоции ради снижения напряжения. Центральной темой является разговор о себе и остальных членах с открытым высказыванием чувств, размыш-

ление о сущности и характере процессов и изменений, происходящих у каждого члена группы одновременно. Группа вселяет в индивидуума чувство безопасности, уверенности в себе, предоставляет своеобразную защиту, чтобы каждый мог «открыться». Участники устали от постоянного выражения негативных эмоций и стараются быть исключительно позитивными. Иногда третья фаза сопряжена обесцениванием роли терапевта. Участники пытаются самостоятельно проводить психотерапевтическую работу. Предъявление проблемы сопровождается получением признания, одобрения, эмоциональной поддержки. Но для реального разрешения проблем и дальнейшего развития группе необходимы проявления агрессии, которые она не допускает. В связи с этим группа вновь обращается к терапевту за помощью, но уже не как к идеализированному объекту, а как к эксперту в области психотерапии.

Задача терапевта на данном этапе сводится к тому, чтобы показать односторонность и неэффективность такого общения. Привести примеры из опыта группы, когда конструктивное выражение агрессии помогало расширить зону восприятия себя, подтолкнуть к личностному развитию.

4. **Рабочая фаза (целенаправленная деятельность).**

Некоторые авторы объединяют третью и четвертую фазы.

Проработанный групповой конфликт позволяет группе выйти на новый уровень. Группа функционирует как единая рабочая группа, размышляет, советуется, критикует, принимает решения. Преобладает, тем не менее, психотерапевтическая работа в смысле достижения необходимого психического состояния и обратной связи. Группа уже не подавляет отрицательные эмоции, наоборот, сознательно допускает проявление враждебности, чтобы конструктивно переработать в себе эти чувства. Важным является тот факт, что группа в целом работает самостоятельно, прибегая к помощи терапевта как эксперта. Создана определенная структура с множеством изменяемых ролей. Подобное состояние длится все оставшееся время существования группы с периодическими, довольно краткими кризисами, напоминающими некоторые проявления предыдущих фаз.

Доверие друг к другу и терапевту, взаимное принятие позволяют участникам обсуждать не только внешний ситуативный аспект проблем, но прежде всего собственные особенности, выявлять причинно-следственные связи между болезнью, личностными особенностями и ситуацией, брать на себя ответственность, открываться.

Именно на этой стадии участники становятся способны к формулированию истинных проблем, целей и задач терапии. Группа дает зрелую обратную связь, наглядно демонстрирует участникам связи их поведения в актуальной групповой ситуации и особенностей взаимоотношений в реальной жизни.

У участников, заявивших биографические темы для дискуссии, на этой стадии есть реальная возможность получить помощь группы, проанализировать свою ситуацию, пережить новый эмоциональный опыт и скорректировать поведение.

Группа может возвращаться и к обсуждению прошлых тем на новом уровне. Но даже участники, не заявившие проблему, при работе с чужими ситуациями получают в свое распоряжение инструменты совладания с трудностями реальной жизни.

Активная работа может продолжаться несколько сессий, после чего возможно повторение цикла — группа регрессирует на более ранние стадии развития.

Терапевт может предлагать различные способы обсуждения и анализа проблем на этой стадии. В данном случае различные психотерапевтические техники применяются не для усиления групповой динамики, а для развития возможностей участников решать проблемы разными способами.

В рамках групповой терапии на этом этапе целесообразно использовать элементы психодрамы — ролевой игры, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных с проблематикой пациента.

5. **Завершение группы.**

Как правило, группа закрывается в планируемые сроки. Прекращение работы группы может быть связано с выпиской, улучшением состояния участников, решением основных проблем. Лучше завершать группу на стадии активной работы, пока группа положительно воспринимается участниками. Подобный эмоциональный настрой позволяет закрепить изменения, произошедшие в ходе групповой работы. В конце необходимо подвести итог работы группы, обсудить чувства участников, вызванные расставанием, окончанием работы.

Если сроки завершения совпадают с регрессом на более ранние этапы, то лучше применить специальные техники для развития сплоченности группы. Это может быть общий проект — рисунок, коллаж группы, тематическая дискуссия о роли группы, экспрессивные техники, позволяющие невербально выразить отношения участников и т. д.

Групповое развитие — это результат суммирования влияний со стороны каждого члена группы, а также их взаимодействия друг с другом и с психотерапевтом. Корректная оценка уровня развития группы помогает психотерапевту лучше понять, каких результатов достигли ее члены. Так, например, относительно незрелые пациенты могут добиться хороших психотерапевтических результатов, прорабатывая связанные с их включением в группу проблемы на начальных этапах работы. Это, в частности, имеет отношение к развитию у них чувства

доверия и принадлежности к группе. Иногда такие пациенты остаются на данном уровне развития довольно долго, что может быть для них весьма полезным. Их переход на следующую стадию развития указывает на существенный прогресс в ходе психотерапии.

В связи с этим отметим, что весьма распространенным заблуждением является представление о том, что для создания «хорошей» группы необходимо достичь более высокого уровня ее развития и в дальнейшем его поддерживать. Для многих пациентов это, однако, сопряжено с постановкой таких задач, решить которые они не способны в принципе. Более корректным следует считать такой подход, который позволяет соотносить возможности членов группы с необходимостью достижения группой более высокого уровня развития.

На развитие, характер и длительность фаз имеют влияние непосредственное поведение руководителя группы, поставленные цели, состав группы и частота встреч. Следует помнить о том, что развитие группы не всегда происходит равномерно, могут возникать остановки или даже провалы на предыдущие этапы развития.

Особенности работы с трудными пациентами

В каждой группе встречаются пациенты, требующие особого внимания ведущего. Поведение таких пациентов затрудняет групповую работу, мешает выработке групповых норм. И сам пациент не в состоянии использовать потенциал группы для решения собственных проблем. Существует несколько типов поведения трудных пациентов в группе.

Монополист. Пациент с первых же встреч активно рассказывает о себе, своей ситуации. Высказывается по поводу ситуаций других участников группы. На стадии знакомства и ориентации такой пациент может производить впечатление человека, серьезно настроенного на работу. Однако поведение монополиста вызвано желанием привлечь к себе внимание, а не серьезным настроем на работу в группе. Рассказы монополиста лишены действительных переживаний, анализа. Он не предпринимает попыток коррекции поведения. Молодая группа охотно принимает поведение монополиста, так как он дает возможность остальным не касаться собственного болезненного материала.

Задача терапевта — разрушение модели поведения монополиста. Необходимо выяснить у группы, почему она принимает и поощряет поведение монополиста. Продемонстрировать группе, что на самом деле группа извлекает выгоды из подобного поведения одного из

участников, эксплуатирует его. В группе следует обсудить причины пассивности участников. При этом у группы и пациента не должно возникнуть впечатления, что терапевт хочет заставить пациента замолчать, что активные высказывания неприемлемы, неодобряемы терапевтом. Необходимо объяснить группе, что терапевт хочет активных высказываний и самораскрытия пациентов. Но многословие монополиста скрывает, а не объясняет его проблемы. Монополист отказывается от возможности прояснить с помощью группы причины собственных трудностей ради внимания и власти. При коррекции поведения используется обратная связь — описание собственных реакций на действия участников, а не интерпретация их поведения. Применение фразы: «Когда ты говоришь, я чувствую...» вместо фразы: «Ты ведешь себя так, потому что...»,— позволяет корректировать поведение пациентов, не провоцируя сильного сопротивления. Мотивационные интерпретации воспринимаются как обвинения, субъективные реакции всегда справедливы.

Шизоидный пациент. Пассивен, не эмоционален. Не принимает участия в работе группы или выступает в роли эксперта, наблюдателя. Может оценивать и комментировать высказывания других участников. Держит дистанцию. Группа может испытывать агрессию в адрес такого пациента, особенно в ситуациях эмоциональных обсуждений, самораскрытия, сильных переживаний других участников. Подобные реакции могут привести к отторжению, использованию группой такого пациента в качестве козла отпущения. На начальных стадиях поведение шизоидного пациента может приниматься другими за образец, казаться наиболее безопасным, приемлемым, разумным.

Для коррекции шизоидного поведения терапевт может использовать активационные, невербальные техники, гештальт-терапию. Поощрять малейшее проявление чувств. В ситуации конфликтов — защищать и выводить пациента из-под удара. При этом терапевту необходимо учитывать, что постоянное применение различных техник лишает группу инициативы, поощряет перенесение ответственности на терапевта.

Молчаливый пациент закрыт для группового взаимодействия. Активное сопротивление такого пациента представляет серьезную опасность для группового процесса. На начальных стадиях группа может воспринять подобный стереотип поведения в качестве способа конфронтации с терапевтом. Активные попытки «разговорить» пациента могут восприниматься группой как поощрение «плохого» поведения. Молчание может использоваться другими для привлечения внимания. На начальных стадиях с подобными пациентами необходима дополнительная индивидуальная работа. На стадиях активной работы — анализ молчания пациента остальными участниками группы.

Глава 20
СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В качестве самостоятельного направления психологической помощи семейная терапия оформилась в 50-х гг. XX в. Ее первопроходцев не удовлетворяли классические (психоаналитический, поведенческий) подходы помощи человеку, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации. Усилия классиков семейной терапии были направлены на развитие личности в семейном окружении, что оказалось не только продуктивным, но и экономически эффективным. В настоящее время существует большое количество школ и направлений семейной психотерапии.

Начиная с первой четверти XX в. психиатрами, клиническими психологами, социальными психологами и социологами проводились систематические исследования семьи, охватывающие не только процесс воспитания, но и многие другие аспекты ее функционирования: взаимоотношения поколений в структуре одной семьи, лидерство отдельных ее членов, взаимоотношения между родителями, наличие конфликтов и способы их разрешения, коммуникации семьи с окружающей социальной средой, культурные и духовные ценности, материальный статус.

Потребность населения в семейной психотерапии возрастала во всех странах мира, особенно с середины 40-х гг. XX в. — после завершения Второй мировой войны.

Мнения исследователей о том, кто был основоположником семейной психотерапии, существенно расходятся. Одни называют имя Зигмунда Фрейда, ссылаясь на то, что на психоаналитическом конгрессе в Нионе в 1936 г. основная тема обсуждения носила заголовок «Семейные неврозы и невротическая семья». Другие считают, что семейная психотерапия развилась из групповой психотерапии в качестве альтернативы психоанализу.

В настоящее время семейная терапия представляет собой достаточно гибкий подход и может включать в себя индивидуальные встречи с членами семьи, работу с отдельными семейными подсистемами (супружеской, детско-родительской диадой, триадой «родители и проблемный ребенок», подсистемой сиблингов и т. д.), «нуклеарной» семьей или с многопоколенной, распространенной семьей, делая при этом акцент на совместные встречи и планируя создание условий для изменения во всей семейной системе.

Классификация различных подходов в семейной психотерапии представляет собой не простую задачу, так как, вследствие их открытости и гибкости, они постоянно эволюционируют. Происходит постоянный обмен понятиями и техниками. Школы семейной терапии

редко соблюдают верность одному подходу, в результате чего тут существует значительный эклектизм.

Основные классификации школ семейной психотерапии были предложены в США в 1970 и 1980 гг. При этом классификации 1970 г. были преимущественно основаны на существующих направлениях психотерапии.

Классификация школ семейной терапии США (gap, 1970)

1. Психоаналитическая теория (индивидуальная ориентация) — фокус на индивидуальной работе.

2. Теория систем (межличностная ориентация) больной «носитель симптома» и нарушенная семейная функция.

3. Смешение обеих систем (интегративная модель).

В классификации Р. Леванта 1980 г. школы семейной терапии разделены на три кластера, в зависимости от подходов, применяемых в работе терапевтами.

Классификация Р. Леванта (1980):

1) подходы, ориентированные на семейную историю;

2) подходы, ориентированные на структуру или процесс семьи;

3) подходы, ориентированные на переживание.

Историческая парадигма включает в себя психодинамическую (Дж. Л. Фрамо, Д. Фридман); многопоколенную (М. Боуэн) и межпоколенную (И. Бошормени-Надь, Дж. Спарк) школы семейной терапии. Эти подходы рассматривают личность внутри системы. Интегрируя системные понятия, анализ может включать элементы межперсонального взаимодействия и проблему передачи паттернов через поколения.

Парадигма «структура/процесс» включает в себя коммуникативную (Д. Джексон, Дж. Хейли, П. Вацлавик, Дж. Уикленд), проблемно-разрешающую или стратегическую (Дж. Хейли), краткосрочную, сфокусированную на проблеме (П. Вацлавик, Дж. Уикленд, Р. Л. Фиш); триадическую (Дж. Зук), структурную (С. Минухин) и поведенческую (С. Паттерсон) школы семейной терапии. Сюда же Р. Левант (1980) относит работу таких терапевтов, как В. Сатир, М. Сельвини-Палаззоли, Л. Хофманн и П. Пэпп.

Данные школы делают акцент на текущих паттернах взаимодействия в семье и взаимоотношении этих паттернов с симптомами или представленными проблемами идентифицированного пациента. Среди них существуют некоторые варианты: рассматривать ли паттерны взаимодействия через структуру семьи (С. Минухин) или с точки зрения семейного процесса (В. Сатир), ставить ли главной целью изме-

нение структуры или облегчение симптома, ориентироваться в большей степени на теорию систем или на теорию обучения и др.

Но как группа, они резко отличаются от исторических подходов тем, что отстраняются от сбора истории, открытия неосознаваемого, интерпретации и инсайта (как нерелевантных терапевтическому процессу) и фокусируются на системном уровне с незначительным рассмотрением психологии индивидуальности или полным отказом от нее. Кроме того, они резко контрастируют с подходами, ориентированными на переживание, в оценивании важности аффекта в терапевтическом процессе.

Этот подход к терапии вовлекает реорганизацию семейной системы для устранения дисфункциональных элементов, которые поддерживают симптом. Терапевт в данном случае играет роль эксперта. Его задачей является диагностирование дисфункциональных элементов системы и планирование серии вмешательств, которые предложат семье альтернативы. При этом часто используются парадоксальные директивы.

Подходы, ориентированные на переживание, включают в себя гештальтистскую (У. Кемплер, У. Хетчер, Х. Каплан); эмпирическую (К. Витакер, Т. Мэлон, Дж. Уоркентин, Ж. Фербер) и клиент-центрированную (Ван дер Вин, Р. Левант) школы семейной терапии. Эти направления больше заинтересованы в повышении качества жизни индивидуальностей в семье, чем в преодолении симптомов или изменении семейной системы.

Они принципиально основываются на экзистенциально-феноменологических теоретических концепциях. Подход к терапии в этих школах основан на попытке интенсифицировать аффективный опыт для личностного роста и самоактуализации членов семьи.

Роль терапевта состоит в фасилитации, отражении семейного взаимодействия и присоединении к семейному процессу так же, как к подлинной не защищающейся личности. Некоторые клиенты, приходящие на терапию, намерены получить опыт собственного личностного роста, зная, что это стимулирует семью сделать то же самое.

Ясно, что подобное деление в определенной мере является упрощенным и не затрагивает всех аспектов сложного и противоречивого движения семейной терапии. Возьмем, к примеру, Вирджинию Сатир, которую автор классификации, в целом справедливо, причисляет ко второму кластеру. Действительно, В. Сатир участвовала вместе с Д. Джексоном, Дж. Хейли, П. Вацлавиком и Дж. Уиклендом в работе Института психических исследований в Пало Альто (Калифорния). Этот институт, как и коммуникативный подход к семейной терапии, вырос из исследовательского проекта коммуникаций Грегори Бейтсона. Однако в своей работе В. Сатир использует смесь коммуникативного, системного и гуманистического подходов. И, следовательно,

многие аспекты ее работы можно описать в терминах направлений третьего кластера. Кроме того, В. Сатир часто стремится дополнить картину взаимоотношений «здесь и теперь» историческим анализом семьи. Посвящая несколько встреч реконструкции семейной истории, она как бы исподволь подготавливает семью к феерическому и очень динамичному этапу работы с актуальными проблемами. Этот этап можно уподобить мощному взрыву, цель которого — расшатать привычные стереотипы семейных взаимоотношений, подвергнуть всех членов семьи без исключения потрясающим переживаниям, заставив их глубоко пережить чувство близости друг с другом. По мнению В. Сатир, такой импульс выталкивает семейную систему из болота, приводя к конструктивным изменениям.

Интегративная модель в данном случае ориентирована на стратегическое направление семейной терапии (Дж. Хейли, К. Маданес, Д. Н. Оудсхоорн, М. Эриксон, А. О. Ланге, Ван дер Харт и др.), структурную терапию Сальвадора Минухина и миланскую школу семейной терапии (Мара Сельвини Палаззоли и др.). Во всех этих направлениях терапевты играют активную роль, организуют и направляют терапевтический процесс, планируют свои действия.

Также важным фактором формирования семейной психотерапии как формы стала методология системного подхода, развитая Л. Берталанфи. Согласно этому подходу, все психические расстройства и индивидуальные проблемы рассматриваются не изолированно, а в семейном контексте, при этом семья рассматривается, как система, имеющая определенные параметры (структурные, динамические, ролевые). В современной семейной психотерапии используются различные методы: психодинамически ориентированная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная (включая психообразовательные моменты), а также различные варианты, акцентирующие системную парадигму, — структурная терапия М. Боуэна, экспериментальная терапия.

Основные понятия системного подхода к семье описывают параметры семейной структуры (близость-дистанция, внешние и внутренние границы, детская и родительская подсистемы и др.), семейной динамики (стиль коммуникации, распределение ролей, цикл развития семьи, семейная история и др.), семейной идеологии (семейные мифы, правила, убеждения, установки).

Интервенции системного подхода рассчитаны на работу с дисфункциями различных параметров семейной системы, например, с симбиотическими связями или разобщенностью членов семьи, диффузными границами между подсистемами, непрямыми коммуникациями, отсутствием четких правил, регулирующих жизнь семьи и др.

В целом лучшими показаниями для семейной терапии являются следующие:

1) когда центральное место принадлежит межличностным проблемам в семье;

2) когда проблемы ребенка прямо связаны с плохим функционированием семьи, имеющей много трудностей и тягот;

3) когда проблемы ребенка (или другого идентифицированного пациента) закрепляются семьей.

Организация семейного сообщества и структура отношений в семье

Семья является естественно образованной группой, в которой с течением времени вырабатываются специфические формы взаимодействия, определяющие ее структуру.

Основной задачей семьи является поддержка индивидуальности при одновременном наличии чувства общности.

Семья — общая система, состоящая из различных подсистем. В настоящее время выделяют следующие семейные подсистемы:

1) индивидуальная подсистема;
2) спружеская подсистема (парная);
3) подсистема брат-сестра;
4) возрастная подсистема;
5) родительская подсистема;
6) подсистема половой принадлежности.

Для каждой подсистемы характерно наличие своих специфических особенностей и, таким образом, источников напряжения или конфликта при неадекватных взаимоотношениях внутри семьи. Расположение членов семьи в указанных подсистемах не статично, в зависимости от ситуации возможен временный переход из одной подсистемы в другую. Именно этот аспект требует тщательного установления на этапе диагностической работы психотерапевта с семьей.

Каждый из членов семьи в своем развитии проходит ряд критических периодов, к которым относятся:

1) факт рождения;
2) поступление в ясли, детский сад;
3) поступление в школу;
4) вступление в подростковый период;
5) окончание школы;
6) поступление в высшее учебное заведение или начало трудовой деятельности;
7) вступление в брак;
8) разрыв с родительской семьей (уход из нее);

9) беременность у женщин, подготовка к роли матери, подготовка к отцовству у мужчин;

10) рождение общего ребенка;

11) уход на пенсию.

В своем развитии семья проходит ряд этапов, первым из которых является образование так называемой первичной семьи — сообщества из двух супругов. Далее развитие семьи проходит три основные ступени, связанные с ростом детей:

1) семья с маленькими детьми;
2) семья с детьми школьниками или подростками;
3) семья со взрослыми детьми.

При работе с семьей учитываются основные характеристики семьи:

1. Функция — жизнедеятельность семьи, связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов.
2. Структура — состав ее членов и совокупность их взаимоотношений.
3. Динамика — изменение ее структуры и функции в зависимости от этапов жизнедеятельности.

Функции семьи:

1. Воспитательная функция — удовлетворение потребностей в материнстве и отцовстве, контактах с детьми, воспитании, самореализации в детях.
2. Хозяйственно-бытовая — удовлетворение материальных потребностей.
3. Эмоциональная — удовлетворение потребности семьи в симпатии, уважении, признании, поддержке.
4. Духовно-культурная — функция общения, взаимное духовное обогащение, совместный досуг.
5. Функция первичного социального контроля.
6. Сексуально-эротическая — регулирование морально-этических форм поведения и биологического воспроизводства.

Свои функции семья реализует через следующие механизмы:

1) структуры семейных ролей;
2) структуры семейных подсистем;
3) границы между ними.

Структура семейных отношений

При описании структуры семейных отношений используются следующие понятия:

1) сплоченность;
2) иерархия;
3) граница.

Сплоченность определяется как эмоциональная связь, близость или привязанность членов семьи (Боуэн М., 2008; Stierlin H., 1992). Применительно к семейным системам это понятие используется для описания степени, до которой члены семьи видят себя как связанное целое. Для диагностики семейной сплоченности используются следующие показатели: эмоциональная связь между членами семьи; организация семейных границ; лояльность семейным правилам; зависимость членов семьи друг от друга; стиль принятия решений по семейным вопросам; время, проводимое членами семьи вместе; отношения с друзьями; совместные интересы и отдых.

Можно выделить четыре уровня сплоченности (от экстремально высокого до экстремально низкого) и, соответственно, четыре типа семей:

1. *Запутанная система* (*enmeshed*) характеризуется слишком высоким уровнем сплоченности. В семье существует слишком много центростремительных сил. Отдельные члены семьи не могут действовать независимо друг от друга, ибо существуют крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности. В семье слишком много согласия, различия в точках зрения не поощряются. Личного пространства в таких семьях почти нет. Подобные семьи М. Боуэн (Bowen M., 1960, 1978) определял как слабо дифференцированные. Семья как система имеет жесткие внешние границы с окружением и диффузные внутренние границы между подсистемами и членами семьи. Энергия людей сфокусирована в основном внутри семьи или отдельной ее подсистемы, и у каждого ее члена существует мало неразделенных с другими друзей и интересов.

2. *Разобщенная система* (*disengaged*) — другая крайность, характеризующаяся низким уровнем сплоченности и лояльности семье. В такой семье существует чрезмерно много центробежных сил. Члены семьи крайне эмоционально разделены, мало привязаны друг к другу и ведут себя несогласованно. Они часто проводят свое время раздельно, имеют каждый свои, не связанные друг с другом интересы. Друзья у таких супругов тоже у каждого свои. Им бывает трудно оказывать поддержку друг другу и совместно решать жизненные проблемы. Однако нельзя сказать, что члены такой семьи являются хорошо дифференцированными личностями в понимании М. Боуэна (Bowen M., 1960, 1978). Изолируясь друг от друга, подчеркивая свою независимость, они часто скрывают неспособность устанавливать близкие взаимоотношения. Описывая этот процесс, М. Боуэн отмечал, что при сближении с другими у таких людей отмечается возрастание. «Полюса данной шкалы (близость — раздельность) отражают два фундаментальных человеческих страха — страха одиночества и страха быть поглощенным другими» (Черников А., 2001).

3. *Раздельная система* (*separated*) характеризуется умеренной сплоченностью. В эмоциональных отношениях в семье присутствует некоторая раздельность, однако она не является такой крайней, как в разобщенной системе. Несмотря на то что время, проводимое отдельно, для членов семьи более важно, семья способна собираться вместе, обсуждать проблемы, оказывать поддержку друг другу и принимать совместные решения. Интересы и друзья являются обычно разными, но существует и область, разделяемая с другими членами семьи.

4. *Связанная система* (*connected*) характеризуется высокой степенью эмоциональной близости, лояльностью во взаимоотношениях и определенной зависимостью членов семьи друг от друга. Члены семьи часто проводят время вместе. Это время для членов семьи более важно, чем время, посвященное индивидуальным друзьям и интересам. Однако сплоченность в таких семьях не достигает степени запутанности, когда пресекаются всякие различия.

Как видно из вышесказанного, члены связанных и раздельных систем способны сочетать собственную независимость с эмоциональными связями со своими семьями. Эти два типа систем являются сбалансированными. Разобщенные и запутанные системы являются несбалансированными, они обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы.

Иерархия — охватывает несколько фундаментальных теоретических предположений. Ряд авторов определяют ее как авторитет, доминирование, исключительную возможность принимать решения или степень влияния одного члена семьи на других, контроль не только за другими, например за детьми, но также при принятии решений в семье. Понятие иерархии также используется в изучении изменений в структуре ролей и правил внутри семьи. Тем не менее иерархия является необходимым атрибутом существования системы, ибо все живые существа, способные к обучению, организовываются и выстраивают иерархию. Иерархия заложена в природе организации и поддерживается всеми ее участниками. Это характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии стрессоров на нее. Для диагностики гибкости используются следующие параметры: лидерство, контроль, дисциплина, правила и роли в семье. Здесь также выделяют четыре уровня гибкости:

1. *Ригидная* (*rigid*) система обладает очень низкой гибкостью и адаптивностью. Такая система не способна решать жизненные задачи, возникающие перед семьей в ее продвижении по стадиям жизненного цикла. Семья отказывается меняться и приспосабливаться

к изменившейся ситуации (рождение, смерть членов семьи, взросление детей и отделение их от семьи, изменения в карьере, месте жительства и т. д.). Система часто становится ригидной, когда она чрезмерно иерархизирована. То есть существует член семьи, который всем заведует и контролирует. Переговоры по важным вопросам в такой семье ограничены, а большинство решений принимается лидером. В ригидной системе роли, как правило, строго распределены, и правила взаимодействия остаются неизменными. Слишком малое количество изменений в системе ведет к высокой предсказуемости и ригидности поведения ее членов.

2. *Хаотическая* (*chaotic*) система характеризуется очень высокой степенью непредсказуемости. Такое состояние система часто приобретает в момент кризиса, например при рождении ребенка, разводе, потере источников дохода и т. д. Проблемным оно становится, если система застревает в нем надолго. Такой тип системы имеет неустойчивое или ограниченное руководство и испытывает недостаток лидерства. Решения являются импульсивными и непродуманными. Роли неясны и часто смещаются от одного члена семьи к другому. Большое количество изменений приводит к непредсказуемости того, что происходит в системе.

3. *Структурированная* система характеризуется умеренной гибкостью. Здесь будет присутствовать некоторая степень демократичного руководства, предполагающая переговоры по проблемам между членами семьи, включая мнение детей. Роли и внутрисемейные правила стабильны, с некоторой возможностью их обсуждения. Существуют определенные дисциплинарные правила.

4. *Гибкая* система характеризуется умеренной гибкостью, демократическим стилем руководства. Переговоры ведутся открыто и активно, включают детей. Роли разделяются с другими членами семьи и меняются, когда это необходимо.

Правила могут быть изменены и соотнесены с возрастом членов семьи. Иногда, правда, семье может не хватать лидерства, и члены семьи завязают в спорах друг с другом.

Ригидные и хаотичные системы считаются несбалансированными, а гибкие и структурированные — сбалансированными.

Термин «граница» используют в описании взаимоотношений между семьей и социальным окружением, а также между различными подсистемами внутри семьи (индивидами, диадами, триадами). Семейные терапевты рассматривают развитие границ как один из важных параметров эволюции семейных структур. Границы определяют структуру семьи и, соответственно, содержание ее жизни. Границы системы или подсистемы представляют собой «правила, определяю-

щие, кто и как участвует во взаимодействии» (Минухин С., Фишман Ч., 2006). Каждая семья вырабатывает свои собственные правила, а границы имеют различные гибкость и проницаемость. В целом все семьи можно было расположить на шкале, на одном полюсе которой были бы семьи с чересчур ригидными, негибкими границами, а на другом — семьи с чересчур проницаемыми границами. В промежутке расположились бы различные вариации.

Внешние границы — это границы между семьей и расширенной системой. Они проявляются в разнице правил, по которым члены семьи ведут себя по-разному друг с другом и с внешним окружением. Например, насколько различается манера супругов общаться друг с другом и со своими друзьями. Если общение с друзьями для супругов более важно, нежели друг с другом, если в любое время дня и ночи в квартире живут друзья и между ними и членами семьи не делается различий, то это свидетельствует о проницаемых, диффузных внешних границах семьи. Если же для членов семьи более всего на свете важна лояльность семейным правилам, если с друзьями отношения поддерживаются только в «плановом порядке», а хорошим тоном считается, если друзья заблаговременно предупредят о своем визите, то мы имеем дело с закрытыми внешними границами.

Дисфункциональными будут крайние варианты: когда границы или слишком жесткие, ригидные, или слишком размытые, проницаемые. Если внешние границы слишком ригидные, жесткие, то между семьей и окружением происходит мало обменов, наступает застой в системе, и у семьи могут быть проблемы адаптации к новой ситуации. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой. Члены семьи мало контактируют друг с другом. В этом случае семья становится похожа на постояльцев гостиницы, живущих вместе под одной крышей.

Внутренние границы — это границы между различными подсистемами, определяющиеся тем, насколько отличаются правила взаимодействия в этих подсистемах. Например, супруги могут немедленно прекратить свой спор, когда в него вмешивается ребенок, и начать заниматься ребенком. Или они могут предложить ребенку не вмешиваться в их разговор.

В первом случае мы имеем дело с проницаемыми границами супружеской подсистемы. Если внутренние границы между родительской и детской подсистемами слишком жесткие, то родители производят впечатление сконцентрированных только на себе. Если границы слишком слабые, то родителям может не хватать интимности, они могут функционировать только в родительских ролях, теряя супружеские отношения.

Из теории систем (Минухин С., Фишман Ч., 2006) следует, что если внешние границы системы диффузны и проницаемы, то внутренние границы жесткие и ригидные. Для подобной семьи будет характерно: сосредоточение интересов членов семьи за ее пределами, отсутствие лояльности (или небольшая ее степень) семейным правилам, небольшое количество контактов членов семьи друг с другом и отсутствие близости между членами семьи. Семья представляет собой группу автономных индивидов. Их автономия сочетается с отсутствием взаимной поддержки.

Если внешние границы системы жесткие и ригидные, то внутренние границы диффузны и проницаемы. В такой системе будет мало обменов с внешней средой. Сверхпроницаемость же внутренних границ будет выражаться в том, что члены семьи слишком «слиты», утратили собственную автономию и не отвечают за свои поступки.

Это можно проиллюстрировать, рассматривая, как изменялись границы в системе нашего государства. При этом внешними границами будут служить границы государства, а внутренними — границы семей. Долгое время существовавшее за «железным занавесом» государство было отгорожено от всего мира (внешние границы — жесткие). При этом считалось нормой вмешательство различных организаций в частную жизнь граждан (внутренние границы — проницаемы). Для людей, обладающих рядом профессий, развод был делом немыслимым, так как «ставил точку» на карьере. Собрания трудовых коллективов, профсоюзных и партийных организаций разбирали «личные дела». Функция воспитания детей была делегирована государству. Все это — признаки диффузных границ между семьей и социумом.

После падения «железного занавеса» внешние границы государства стали раскрываться. Стало легко выезжать за границу, прекратилась информационная блокада, появились импортные товары. При этом процесс раскрытия внешних границ сопровождался процессом закрытия внутренних границ. В общественном сознании формируется положительное отношение к закрытым семейным границам: хорошо, когда ребеночек не ходит в ясли, дом очень закрытый, гости приходят по конкретным поводам и только по приглашению, известны ритуалы и правила поведения с гостями, и манера поведения семьи при гостях — одна, без гостей — другая. Однако мы помним, что если границы системы становятся слишком закрытыми, то границы подсистемы становятся очень размытыми.

Итак, границы адекватно функционирующей семьи хорошо определены и достаточно гибки, чтобы семья могла успешно выполнять функции, соответствующие стадии жизненного цикла.

Первичный прием

На первичном приеме семейный психотерапевт проводит диагностическое тестирование семьи с целью выявления проблем, определения целей терапии и заключения психотерапевтического контракта.

Диагностическое интервью состоит из 3 стадий: социальная, проблемная и стадия определения целей терапии и заключения терапевтического контракта.

Рассмотрим данные стадии более подробно.

1. **Социальная стадия.**

Проводя интервью с семьями, полезно уже на социальной стадии составлять упрощенную генограмму трех поколений семьи, дополняя ее потом в ходе терапии. Обычно чертится схема родственных связей и выясняется возраст, стаж в браке, образование и род занятий членов семьи, где они проживают, а также состояли ли супруги в других браках и есть ли от них дети. Это занимает несколько минут и не встречает сопротивления у членов семьи, потому что воспринимается, как процедура знакомства терапевта с семьей. Получение этой информации уже в самом начале работы помогает терапевту понять, кто может участвовать в конфликте и какие области семейной системы необходимо исследовать более подробно.

Кроме того, важно выяснить, с кем и в какой квартире живут члены семьи, и как они распределяются по комнатам. Встречаются, например, случаи, когда ребенок спит вместе с матерью в одной комнате, а отец — в другой. Отметив для себя проблемную зону (если она есть), терапевт может вернуться к ней на проблемной стадии, предложив семье более подробно обсудить эту тему, например, использовав графический прием «План квартиры» (Лосева В. К., Луньков А. И., 1995). Это дает возможность оценить коалиционную структуру в семье и меру контроля и власти, которыми обладает тот или иной член семьи, и, кроме того, иногда позволяет сформулировать очень конкретные домашние задания, связанные с перепланировкой мебели, изоляцией или совмещением психологических пространств.

Сальвадор Минухин выделял три техники присоединения к семье, помогающие устанавливать с ней терапевтические отношения. Это «прослеживание» (*Tracking*), «имитирование» (*Mimicry*) и «поддержка» (*Support*).

2. **Проблемная стадия.**

На проблемной стадии происходят:

а) выявление точки зрения каждого на проблемы семьи.

Проблемная стадия начинается тогда, когда терапевт задает вопрос о причине прихода на консультацию и просит обрисовать про-

блему. Опрос о проблемах семьи имеет два важных аспекта: кого терапевт спрашивает о проблеме; как он это делает;

б) групповая дискуссия членов семьи.

Когда члены семьи высказали свой взгляд на проблему, обычно становится очевидным несогласие между ними, и спонтанно возникает групповая дискуссия. В этой фазе терапевт отстраняется и дает возможность семье поговорить друг с другом, продолжая нести в целом ответственность за сеанс. Для терапевта это удобная возможность выйти на короткое время из системы и понаблюдать за семейными коммуникациями со стороны: как члены семьи обсуждают проблему, кто кого поддерживает, кто кого прерывает и чье слово более весомо. Это можно сравнить с естественно возникающим лабораторным экспериментом по наблюдению за реальной жизнью семьи;

в) выяснение подробностей проблемы.

В этой фазе проблемной стадии терапевт становится максимально активным. По нашему опыту, все предыдущие стадии не должны занимать более половины времени, отведенного на всю встречу, которая длится час — полтора. Терапевт уже накопил некоторую информацию, наблюдая и выслушивая членов семьи, теперь ему нужно исследовать проблему с разных сторон.

3. Стадия определения целей терапии и заключения терапевтического контракта.

Терапевту важно не только расспросить семью о ее проблемах, но и узнать, какие особые цели семья ставит перед собой. Что члены семьи хотят изменить в первую очередь, и какие минимальные сдвиги в решении проблемы они смогут заметить. Как будет выглядеть результат, когда терапия закончится.

При заключении контракта на дальнейшую работу оговаривается примерное количество встреч и то, как часто они будут проходить, совместно обсуждаются и формулируются цели работы. Терапевт объясняет, как будут протекать совместные встречи, и продолжает мотивировать семью на работу с проблемами. Устанавливается также, будет ли семья приходить в полном составе или, возможно, терапевт попросит прийти только супругов или другие релевантные подсистемы. Иногда возникает необходимость организовать индивидуальные консультации с отдельными членами семьи. Варианты могут быть самые разные, но приоритет остается за совместными встречами. На этой стадии обговаривается также, кто из отсутствующих членов семьи должен прийти в следующий раз. Основное правило таково: на семейную терапию стараются пригласить всех проживающих вместе членов семьи или, по крайней мере, членов «ядерной» семьи. Иногда терапевт может решить, что необходимо присутствие и других людей, например разведенного супруга или бабушки, проживающей отдельно.

Типы семей. Цели и задачи семейной психотерапии

1. Семья типа «Па-Де-Де». Данный тип семьи состоит из двух человек, между которыми могут быть установлены различные варианты взаимоотношений, типа:

а) сильная взаимность и зависимость друг от друга (чаще всего мать и ребенок);

б) взаимная зависимость и взаимные обиды при наличии сильной симбиотической связи;

в) вариант «пустое гнездо» — характерен для пожилых пар, у которых дети разъехались либо пожилой родитель и взрослый ребенок проживают вместе.

2. Полигенерационная семья (семья из трех поколений). Данный тип семьи характеризуется частым наличием иерархической организации, и, таким образом, конфликтным вопросом может являться главенство в воспитании ребенка. Возникающие в этой связи коалиции нередко несут в себе зерно конфликта.

3. Семья типа «Башмак». Это, как правило, многодетная семья, в которой старший ребенок наделяется функцией взрослого по отношению к младшим, его как бы «подпинывают» во взрослую подсистему, лишая, таким образом, детства, с одной стороны, а с другой, — этот ребенок не принимается полноценно во взрослую подсистему, что урезает его права и дискредитирует в глазах младших. Часто этот ребенок бывает «козлом отпущения», отвечает за проступки младших, что вынуждает его проявлять по отношению к ним агрессию.

4. Семья типа «Аккордеон». Данный тип семьи характеризуется или частым отсутствием в ней одного из родителей (военные, моряки и др.), или частым перемещением из одной социальной среды в другую, или наличием алкоголизма у одного из родителей. В семьях такого типа при отсутствии или самоустранении одного из родителей от семейных дел и воспитания детей остающийся берет на себя его функции. Конфликт заключается в том, что при возвращении второго родителя первый не хочет отдавать вновь приобретенные обязанности либо на начальном этапе принимать их на себя.

5. Флюктуирующая (неустойчивая) семья. Данный тип семьи характеризуется частым изменением состава семьи, когда одинокий родитель периодически вводит в дом кандидатов в супруги, что формирует у ребенка или детей напряжение как при знакомстве, так и при расставании партнеров.

6. Семья с приемными детьми. Данный тип семьи характеризуется, как правило, наличием как своих, так и приемных детей. Главным

источником напряжения является чувство привязанности к приемному ребенку, с одной стороны, и потребность удовлетворения своих родительских чувств к родным детям — с другой.

Цели:

1. Психотерапевтическая цель при работе с семьей типа «Па-Де-Де» — подвергнуть сомнению представление такой семьи — «мы — это остров» и научить новым взаимодействиям.

2. Психотерапевтическая цель в работе с полигенерационной семьей заключается в том, чтобы «фактическая мать» взяла на себя основную ответственность за воспитание ребенка.

3. Основная цель психотерапевтической работы в семье типа «Башмак» — изменить взаимоотношения в семье так, чтобы старший ребенок чувствовал себя ребенком, а не взрослым, получал соответствующие возрасту привилегии и уважение как со стороны родителей, так и со стороны младших по возрасту.

4. Психотерапевтическая цель работы в семьях типа «Аккордеон» заключается в установлении причины конфликта и формирования новой системы взаимоотношений, основанных на взаимопомощи и понимании и уважении заслуг родителя, несущего основную воспитательную нагрузку.

5. Главная цель психотерапевтической работы в неустойчивых семьях — устранение последствий негативных эмоций, возникающих у детей по отношению как к своему родителю за некое «предательство», так и по отношению к новому члену семьи, как к «чужому».

6. Цель психотерапии в семьях с приемными детьми — выстраивание адекватных симбиотических связей между всеми членами семьи для нивелировки понятия «свой» родитель (ребенок) и «пришлый, чужой».

7. Основная психотерапевтическая цель работы в семье с приемными родителями — создание процесса плавной эволюции и встраивание нового члена в сложившиеся семейные подгруппы.

8. Акцент психотерапевтической работы в фантомных семьях необходимо делать на дефантоматизации реальной жизни, вывода членов семьи из вымышленных взаимоотношений в реальные.

9. Работа психотерапевта в нестабильной семье должна, в первую очередь, быть направлена на улучшение взаимодействия и сближения между всеми членами семьи.

Семейная психотерапия показана для лечения всех членов семьи, присутствие которых обязательно на сеансах, но возможны варианты этой работы (работа с частью семьи, работа с подсистемами, сформировавшимися в конкретной семье). Данный вид терапии требует большей длительности сеансов (1,5–2 ч) при частоте встреч один раз в одну–две недели, также желательно участие двух ко-терапевтов раз-

ного пола. Семейная психотерапия часто комбинируется с индивидуальной психотерапией.

Задачами семейной психотерапии являются:

1. Объединение психотерапевта с семьей.

2. Оценка и поддержание на начальном этапе семейной психотерапии процессов, обеспечивающих привычное функционирование подсистем и распределение ролей.

3. Создание напряжения (фрустраций) в семье через присоединение к различным подсистемам на втором этапе семейной психотерапии для инициирования перехода семьи на другой, более сложный уровень функционирования и взаимодействия.

4. Контроль и при необходимости коррекция изменений, произошедших в семье, закрепление позитивных форм новых взаимодействий.

Показаниями к семейной психотерапии являются:

1. По наличию медицинских показаний (заболевание одного или нескольких членов семьи):

а) неврозы и другие нервно-психические пограничные расстройства;

б) психосоматические заболевания;

в) алкоголизм и другие токсикомании;

г) малопрогредиентные эндогенные заболевания.

2. По наличию психологических проблем:

а) желание одного из членов семьи разрешить острые и хронические внутрисемейные конфликты;

б) потребность в оптимизации внутрисемейных отношений.

Противопоказания к семейной психотерапии:

1. Истероидная, эпилептоидная и паранояльная психопатия.

2. Психотические состояния в фазе обострения.

3. Преклонный возраст с наличием жестких поведенческих установок (ригидный носитель симптома).

Таким образом, системная семейная психотерапия рекомендована для использования в комплексном лечении широкого спектра психических и поведенческих расстройств (по МКБ-10): тревожных расстройств (F40, F41), аффективных расстройств (депрессий (F31.3, F32, F33, F34, F38), соматоформных расстройств (F45), нарушений пищевого поведения, личностных расстройств (F6), шизофрении (F2), а также семейно-сексуальных дисгамий (F52). Показаниями для присоединения семейной терапии к индивидуальному лечению служат выраженные семейные дисфункции, проблемы трудоспособности и социальной адаптации, а также тенденция к затяжному, хроническому течению расстройства у пациента.

Формы и методы семейной психотерапии

При проведении семейной психотерапии необходимо использовать ряд тактических приемов:

а) объединение семьи и психотерапевта во временное сообщество;

б) обязательная лидирующая и руководящая роль психотерапевта в процессе лечебных сеансов;

в) использование ко-терапевта для создания собственной подсистемы с целью предотвращения индукции и потери терапевтической самостоятельности;

г) максимально нейтральное отношение психотерапевта к членам семьи для сохранения наибольшей объективности.

Способы присоединения психотерапевта к семье могут быть различны и зависят от конкретной ситуации. Различают подключение с «верхней» или «нижней» позиции. Сама процедура подключения к семье должна быть максимально замаскирована, чаще всего реализуется в форме нормального общения с семьей. Стиль общения психотерапевта с членами семьи максимально доброжелательный, речь тихая, спокойная. Положительные результаты, в зависимости от ситуации, могут давать как длительные беседы с одним членом семьи с наблюдением за реагированием остальных, так и выслушивание жалоб и претензий членов семьи с указанием точных инструкций межличностного взаимодействия.

В работе с семьей различают несколько позиций психотерапевта, которые могут использоваться в зависимости от личности самого врача от конкретной семейной ситуации.

Нейтральная позиция психотерапевта характеризуется внешней незаинтересованностью в оценке семейного мировоззрения, внутрисемейных мифов и реальных ценностей. Данный подход позволяет использовать полученную информацию для создания новых подходов, позволяющих расширить мировоззрение, модифицировать поведение членов семьи, увеличить гибкость межличностного реагирования.

Средняя позиция психотерапевта характеризуется объективным и относительно нейтральным поведением в роли внимательного слушателя. При беседах с членами семьи врач не только позволяет полностью раскрыть всем участникам свои переживания, но и получает информацию об особенностях реагирования и поведения каждого. При получении максимально полной информации обо всех членах терапевтического процесса, семейный психотерапевт формирует приемлемые для каждого новые формы взаимодействия и реагирования.

Близкая позиция семейного психотерапевта характеризуется полным признанием всех хороших и плохих ситуаций, происходящих в

семье, наиболее полным вхождением в семейные подсистемы и исключительно деликатными формами реагирования. Временные коалиции с отдельными или несколькими членами семьи при данном подходе используются либо для поддержки членов семьи, исполняющих навязанные им роли, либо для усиленного воздействия на людей с наиболее ригидными поведенческими установками.

Основные направления семейной психотерапии

В настоящее время существуют три основных подхода в коррекции семейных проблем: экзистенциальный, стратегический и структурный.

Экзистенциальный подход. Психотерапевты, работающие в данном направлении, рассматривают семью как систему, в которой каждый из ее членов имеет равную значимость. Работа проводится с каждым участником индивидуально с целью его изменения. Главный постулат данного подхода — при индивидуальных изменениях каждого изменится и семья. Техника индивидуальной работы направлена на подрыв и разрушение у каждого члена семьи сложившейся утешительной приверженности к восприятию прежней семейной жизни. Формируется представление о неправильности только одного «верного» понимания жизни в данной семье, разрушаются установленные формы поведения. При этом главный акцент делается на связывании всех членов семьи в единое целое с одновременным повышением значимости Я каждого.

Стратегический подход. Врачи, использующие в своей работе положения стратегического подхода, рассматривают семью как сложную иерархическую систему с подразделением на подсистемы. Считается, что нарушение функционирования одной из подсистем неизбежно сказывается на всех остальных. Психотерапия направлена на то, чтобы перераспределить властные функции и места в иерархических структурах, влиять как на отдельных членов семьи, так и всю семью в целом. Член семьи — носитель симптома, рассматривается в качестве защитника всей семьи. Конечная цель терапии — создание условий для повышения самостоятельности, ответственности и кооперативности во взаимодействиях членов семьи.

Структурный подход. Психотерапевты, использующие при работе с семьей положения структурного подхода, рассматривают ее как единый организм со сложной системой функционирования. Основная задача семейного психотерапевта — разрушение существующего гомеостаза, создание управляемых кризисных ситуаций, что приводит к сдвигу всей системы в сторону более совершенного развития. Для решения указанной цели используются критика симптома, критика семейной структуры и критика семейной реальности.

Глава 21
ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Сексуальная терапия была разработана американскими сексологами У. Мастерсом (Masters) и В. Джонсоном (Johnson) в 70-х гг. прошлого века и к настоящему времени имеет широкое распространение в мировой сексологической практике для коррекции различных расстройств сексуальной сферы у субъектов в паре. В основу данного метода авторы заложили представление, что объектом лечения должен быть не пациент — носитель симптомов, а партнерская пара, которая должна совместно участвовать в терапии, проводимой двумя разнополыми сексологами. Курс лечения краткосрочный и ориентирован скорее поведенчески, чем психодинамически. Основные мишени воздействия — отсутствие информации, необходимой для правильного сексуального функционирования, наличие искаженной информации и страх неудачи в половом поведении. Собственно сексуальный контакт рассматривается лишь как один из аспектов партнерских взаимоотношений.

Цель терапии — налаживание гармоничных взаимоотношений между партнерами, создание климата, благоприятного для нормального сексуального контакта, устранение конфликтогенного порочного круга взаимодействия. Поведенческие компоненты включают первоначальное воздержание от полового сношения, специальные тренировки, обеспечивающие эффективную невербальную коммуникацию и фокусированные генитальные реакции. Подбираются индивидуально предпочтительные позиции для полового акта. Поощряется расширение обмена информацией, открытое сообщение о своих нуждах и реакциях. Используются и аналитические приемы, прежде всего, для устранения элементов неосознаваемого сопротивления проводимой терапии. Непосредственно к половому сношению переходят по мере снижения сопровождавшей его тревоги. Результаты терапии подвергаются регулярному обсуждению.

Данный психотерапевтический подход доказал свою высокую эффективность, его преимуществом является объединение подходов поведенческой терапии с психообразовательными и межличностными техниками взаимодействия.

Основными составными частями лечебной программы различных модификаций секс-терапии по Мастерс и Джонсон (1970) являются упражнения по работе с очагами чувственной фокусировки, выполняемые парой в специализированном стационаре или амбулаторно (дома).

Главным элементом секс-терапии является первоначальное запрещение половых актов на время, в течение которого супруги производят поиск и активизацию очагов чувственности — упражнения в получении взаимного удовольствия путем касаний, ласк и массажа без необходимости введения члена во влагалище.

При данном методическом подходе основным для пары является внимание к чувствам и ощущениям, а основная идея чувственного фокуса — помощь паре в получении опыта интимного физического контакта друг с другом в расслабленном состоянии для максимального наслаждения сексуальными и эмоциональными ощущениями.

Как правило, программа секс-терапии подразделяется на три стадии: негенитальные очаги чувствительности, генитальные очаги чувствительности и вагинальное удержание. Все этапы программы контролируются профессиональным сексологом, возникающие проблемы, трудности и переход от стадии к стадии обсуждаются в составе пары вместе со специалистом (специалистами, в случае наличия котерапевта другого пола). Длительность каждой стадии индивидуальна, зависит от целого ряда обстоятельств, которые происходят в паре. В среднем считается, что на каждую стадию по возможности должно приходиться не менее 4—6 домашних заданий.

Важнейшим залогом эффективности терапии является максимальное сосредоточение пары на выработке друг у друга чувства близости и взаимопонимания, открытого обсуждения существующих проблем, особенностей индивидуальных сексуальных ожиданий и ощущений, преодоление шаблонности и монотонности в половых контактах, сформировавшихся за время супружества.

Другим важным аспектом успешности терапии является выделение парой абсолютно свободного для себя времени в течение часа 2—3 раза в неделю, полностью освобожденного от каких-либо отвлекающих моментов (помехи, родственники, дети, телефонные звонки и т. д.) с созданием максимально релаксирующей и комфортной обстановки (приглушенное освещение, музыка и др.). Подобные контакты (упражнения) рекомендуется проводить вне состояния усталости и стресса, алкоголь на этом этапе также не рекомендуется.

Половые сношения запрещены на первых двух этапах программы с объяснением паре причины запрета. Половой акт искусственно запрещается; напряжение, страх неудачи и неизбежное разочарование, существовавшее при необходимости проводить половой контакт, у тревожного мужчины, например, снимается самим фактом врачебного запрета, таким образом, постепенно достигается баланс между релаксацией и возбуждением. На фоне освобождения от обязанности проводить половой акт, психической релаксации и нормализации физиологических функций постепенно накапливающееся сексу-

альное возбуждение как бы в обход врачебного запрета способствует естественному повышению сексуальной активности, в то время как пациент не отвлечен мыслями о необходимости полового акта с партнером. Первичный запрет на стимуляцию гениталий и, что еще более существенно, на проведение полового акта не только снижает требования к самому его исполнению, но и нередко приводит к парадоксальному эффекту — значительному повышению качества эрекции, бывшей до этого недостаточной для нормального проведения полового акта.

Одной из значительных терапевтических функций этапа чувственной фокусировки является предотвращение и нейтрализация синдрома тревожного ожидания неудачи, нередко развивающегося вследствие постоянного и пристального контроля за состоянием своей половой сферы. Попытки пациента контролировать сексуальную реакцию, как у себя, так и у своей партнерши («Достаточно ли хороша у меня эрекция?», «Получает ли удовольствие моя партнерша?») легко могут подавлять сексуальное возбуждение и существенно снижать качество эрекции.

1-я стадия. Негенитальные очаги чувственности. На этой, вступительной стадии целью терапевтического подхода является обеспечение восстановления возможности интимной близости между супругами при тесном физическом взаимодействии и строгом отказе от генитальной стимуляции. На этой стадии занятия (тренировки) проводятся как в стационаре, так и амбулаторно, при этом половые контакты полностью запрещены. Все остальные формы воздействия на негенитальные очаги чувственного удовольствия в виде касаний, ласк, массажа различных областей тела исключительно важны, поскольку позволяют, например, мужчине с отсутствием генитальной реакции (F52.2) (расстройством эрекционной составляющей копулятивного цикла) расслабиться, не фиксируясь на необходимости контролировать качество эрекции и длительность полового акта, и, таким образом, получить удовольствие иными способами.

Одной из основных идей, лежащих в основе активации очагов чувственной фокусировки, является переориентировка восприятия парой непосредственно чувственных ощущений, получаемых во время ласк, с негативных мыслей об исполнении «супружеского долга» любой ценой, проблем во взаимоотношениях, тревог по поводу своей сексуальной адекватности и т. д. Этой цели гораздо легче достичь, если партнеры нежно касаются, поглаживают и ласкают друг друга по очереди с фиксацией на очагах (областях) максимально приятной чувствительности. Данная техника позволяет паре освободиться от отвлекающей необходимости доставлять удовольствие одновременно себе и партнеру. На этой первой стадии упражнений по чувственной фокусировке

пара выполняет строгое указание врача избегать стимуляции половых органов друг друга и, естественно, самого полового акта.

2-я стадия. Генитальные очаги чувственности. Основной задачей этой стадии является расширение очагов чувственной фокусировки с обязательным включением в них гениталий. Главная цель данного этапа терапии — получение полноценных физических ощущений, а не ожидание какой-либо сексуальной реакции. На этой стадии работы половые контакты также запрещены. Ласки рекомендуется начинать не с генитальной зоны, а с отдаленных участков тела. Как правило, на начальных сеансах этой стадии рекомендуются ласки с раздельным получением физического удовольствия от прикосновений. При этом доведение партнера до оргазма не только не приветствуется, но даже запрещается. В ходе дальнейших сеансов от раздельных ласк переходят к ласкам взаимным. Данный этап работы позволяет создать естественную форму физического взаимодействия, а также как бы удвоить источники чувственного вклада в общение. Глубина генитальных ласк постепенно (по мере готовности партнеров) увеличивается. После того как уверенность в успешном проведении полового акта становится достаточной, переходят к следующей стадии.

3-я стадия. Вагинальное удержание. На данной стадии запрет на проведение полового акта снимается, но активная позиция (в случае коррекции сексуальной дисфункции у мужчины) принадлежит сначала женщине. Мужчине отводится роль некого стороннего наблюдателя, пассивного участника. По мере укрепления уверенности в своих силах, активность мужчины начинает увеличиваться до тех пор, пока половой акт не становится приемлемым для обоих партнеров. В случае коррекции сексуальных расстройств у женщины, ведущая (активная роль) в начале третьей стадии терапии принадлежит мужчине.

По окончании курса секс-терапии желательно рекомендовать партнерам максимально ориентироваться именно на совместные ощущения, возникающие при ласках, нежели на некое «качество полового акта», что позволяет добиваться полноценных любовных отношений в целом.

Основные типы специфических занятий в период курса секс-терапии

1. Ощущения при различном тактильном раздражении различных частей тела.
2. Ощущения при стимуляции половых органов женщины.
3. Ощущения при стимуляции полового члена мужчины.

4. Продленная стимуляция полового члена мужчины с прерыванием стимуляции и применением методики сдавления головки полового члена.

5. Ощущения при контакте половых органов и при нахождении полового члена во влагалище.

6. Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене.

7. Ощущения при комбинированной стимуляции во время фрикций.

Стандартные инструкции

Введение. Партнеры с нарушениями сексуальной функции всегда ориентированы на конечную цель половой активности — достижение полового удовлетворения у своего партнера или у самого себя. Обычно такая установка мешает полностью сосредоточиться на любовной игре, вызывает тревогу из-за того, что половой акт может закончиться безуспешно, и вместо положительных эмоций возникает неприятное напряжение.

При проведении лечебных занятий следует, прежде всего, изменить установку партнеров: вместо «успеха» следует ориентировать их на продление любовной игры и на собственные ощущения при различных тактильных раздражениях.

Занятия следует проводить в удобной обстановке (закрытые двери, тепловой комфорт, интимное освещение, приятная музыка) в течение часа в день. Партнеры должны создать атмосферу взаимопонимания и приятного настроения, стараться отвлечься от повседневных забот, вспоминать о совместных приятных событиях и переживаниях и т. п.

Занятие 1
Ощущение взаимных тактильных раздражений

Мужчина и женщина полностью обнажаются, создают в помещении приятное интимное освещение. Один из них, обычно сначала женщина, лежит в положении на животе, а другой начинает слегка притрагиваться к телу. Используют различные виды прикосновений, причем пассивный партнер постепенно изменяет положение своего тела. Это повторяется три раза по 5 мин. Партнеры стараются как можно интенсивнее переживать свои ощущения, полностью им поддаться. Сначала не следует ласкать половые органы и грудь женщины, позже можно дотрагиваться и до этих частей тела.

Во время занятия не следует развлекаться вещами, которые не связаны с переживанием тактильных ощущений. Уместны признания в любви, восхищение партнером, проявление радости и волнения по поводу своих переживаний. Разговор о заботах, критика поведения партнера и т. п. являются формой так называемого «сексуального саботажа». Все критические замечания к технике партнера следует обсуждать вне занятия.

Занятие 2
Ощущения при стимуляции половых органов женщины

Вначале партнеры повторяют 1—2 раза первое занятие. Затем мужчина садится, опираясь на спинку кровати или стену, а женщина садится между его ногами спиной к нему. Ноги ее разведены и перекинуты через ноги мужчины. Сначала мужчина гладит грудь и внутреннюю поверхность бедер. Затем женщина кладет свои руки на руки партнера и водит ими по своим половым органам способом, который ей приятен. Характер движения рук может меняться в зависимости от степени сексуального возбуждения женщины. Сначала движения должны быть медленными, а прикосновение — слабым. В дальнейшем, если это становится приятным, нажатие рук может быть более сильным, а движения более быстрыми. Стимуляция половых органов не должна длительное время проводиться «всухую». Если половые органы женщины недостаточно влажны, мужчина может смазать свои пальцы какими-нибудь увлажняющими средствами, например глицерином или растительным маслом.

Женщина полностью отдается своим ощущениям. Она постепенно с помощью мужчины исследует чувствительность различных частей своих половых органов, в частности малых половых губ и клитора. Иногда прямое прикосновение к клитору может быть неприятным; в таких случаях лучше стимулировать его непрямым способом, через окружающие его ткани. Можно также определить чувствительность входа во влагалище при осторожном введении одного или двух пальцев и умеренного давления наискось и книзу. Женщина не стремится достичь оргазма, но если она к нему уже «приближается», то она может способствовать его наступлению (например, сжатием ног, напряжением тазовых мышц и т. д.). Внешние проявления наступления оргазма женщина не подавляет, а, наоборот, подчеркивает. Она четко дает понять мужчине, когда у нее наступает оргазм. Способность женщины реагировать на стимуляцию клитора иногда развивается постепенно, особенно когда способ стимуляции клитора связан с наличием предрассудков. Женщина должна определить, способна ли она достичь полового возбуждения при стимуляции

клитора. Если это возможно, то у мужчины с нарушениями эрекции или преждевременной эякуляцией снижается тревога по поводу невозможности доставить женщине половое удовлетворение. Если женщина, страдающая фригидностью или аноргазмией, становится способной достичь оргазма с помощью стимуляции рукой партнера, то это уже значительный шаг на пути достижения оргазма при половом акте.

Занятие 3
Ощущения при стимуляции полового члена мужчины

Все занятия начинаются с взаимного поглаживания, создания приятного настроения и начального возбуждения партнеров. Третье занятие проводится, прежде всего, при наличии сексуальных расстройств у мужчин, но оно дает положительный результат и при лечении женщин с фригидностью и аноргазмией.

Мужчина лежит свободно на спине, а женщина занимает такое положение, чтобы доступ к мужскому половому члену был удобным. Мужчина ведет руку женщины и учит ее стимулировать член таким образом, чтобы это доставляло ему наибольшее удовольствие. Следует сосредоточиться на приятных переживаниях в связи с этим, но не стремиться к тому, чтобы при стимуляции обязательно возникла эрекция или эякуляция. Необходимо сконцентрироваться на различии ощущений от прикосновения к разным участкам. Надо избегать неприятных ощущений при стимуляции полового члена, для чего его головку женщина может смазать растительным маслом.

При появлении достаточной эрекции женщина перестает на некоторое время стимулировать половой член, отвлекает внимание мужчины от полового возбуждения, чтобы возникшая эрекция исчезла. После повторного достижения эрекции стимуляцию снова прекращают. Стимуляцию проводят в течение $^1/_2$ ч с тем, чтобы эрекция возникала за это время примерно 3 раза. Мужчина должен научиться испытывать приятные ощущения при дотрагивании и к неэрегированному половому члену.

Занятие 4
Продленная стимуляция полового члена мужчины

Женщина продолжает стимуляцию полового члена вплоть до того момента, когда приближается эякуляция, о чем сообщает мужчина.

Перед наступлением эякуляции выделяются две фазы: 1) мужчина ощущает приближение эякуляции, но ее можно предупредить прекращением стимуляции или сдавлением головки члена; 2) эякуляцию

нельзя прекратить ни одним способом. Мужчина должен научиться распознавать первую фазу и своевременно дать женщине знать о ее наступлении, с тем чтобы она прекратила стимуляцию. После этого следует выждать некоторое время, пока уровень возбуждения несколько снизится.

Целью занятия является достижение мужчиной способности выдерживать систематическую стимуляцию полового члена (сначала при стимуляции руками женщины, а в дальнейшем и во влагалище) без быстрого наступления эякуляции. Он должен четко ориентироваться в своих ощущениях и научиться своевременно предпринимать меры, чтобы предотвратить «пуск» эякуляционного рефлекса.

Для предупреждения наступления эякуляции рекомендуются два метода:

а) женщина сильно сдавливает головку половою члена в течение 3–4 с, а затем отпускает ее и оставляет в покое; когда сдавление проведено вовремя и правильно, то тенденция к эякуляции подавляется; одновременно с этим как следствие иногда снижается и эрекция; при слабом напряжении полового члена сдавление проводить не следует;

б) сдавление не проводится, но прекращаются все движения и прикосновения к половому члену, а мужчина некоторое время находится в полном покое.

После полуминутного перерыва стимуляцию можно продолжить. На протяжении одного занятия она возобновляется 3—4 раза. В конце занятия следует достигнуть эякуляции.

Занятие 5
Ощущения при контакте половых органов с нахождением полового члена во влагалище

При достижении определенной степени полового возбуждения партнерами женщина садится на колени мужчины и в этом положении стимулирует половой член. При необходимости он может быть несколько увлажнен. Постепенно она приближает свои половые органы к половому члену. Если он не очень напряжен, то женщина приближает его ко входу во влагалище и стимулирует им клитор и малые половые губы, подобно тому, как она проводила их стимуляцию при помощи руки мужчины во время второго занятия.

Если половой член напрягается, то женщина постепенно сама вводит его во влагалище. Она остается сидеть в покое и сосредоточивается на ощущениях, которые вызывает нахождение полового члена во влагалище. Мужчина также находится в покое и сосредоточивается на тех же ощущениях.

При снижении напряжения полового члена его следует извлечь из влагалища и вновь произвести мануальную стимуляцию. При повторном возникновении эрекции тренировка продолжается. Через некоторое время женщина начинает производить медленные фрикции, стараясь сосредоточиться на ощущениях от продвижения полового члена в различные части влагалища. Мужчина остается в покое и не производит фрикции, не стремясь к удовлетворению женщины, но сосредоточивается на собственных приятных ощущениях, возникающих при ее движениях.

Во время этого занятия следует несколько раз вынуть половой член из влагалища и через некоторое время вновь ввести его обратно. Когда возникает тенденция к преждевременной эякуляции, мужчина дает знать об этом женщине. Она вновь садится на его колени и производит сдавление головки полового члена и выжидает некоторое время, пока сильное возбуждение исчезнет. Затем она вновь вводит член во влагалище и находится в покое или производит незначительные фрикции. При приближении эякуляции она прекращает фрикции или выводит член из влагалища. Впоследствии при приближающейся эякуляции достаточно на некоторое время прекратить фрикции и не выводить половой член из влагалища. Прекращение движений наиболее эффективно при глубоком нахождении члена во влагалище. Желательно произвести прерывание фрикций примерно 3 раза, а в дальнейшем достигнуть эякуляции.

Во время занятия следует исключить беспокойство по поводу возможного наступления беременности, поэтому противозачаточные мероприятия должны быть абсолютно эффективными. С этой целью желательно применение презервативов. Желательно, чтобы презерватив был надет женщиной во время стимуляции полового члена.

Занятие 6
Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене

Целью занятия является достижение оргазма при введенном во влагалище половом члене. После обычных взаимных ласк женщина сверху надвигается на половой член и остается в спокойном состоянии. В это время партнер рукой стимулирует область клитора. Желательно, чтобы женщина при этом вела его руку. Временами она может производить стимуляцию и сама. Когда у женщины приближается момент оргазма, проводятся быстрые фрикции, для того чтобы половое возбуждение достигло пика и у мужчины.

Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене может осуществляться и в положении на боку (партнерша из положе-

ния сидя сверху переходит с партнером в положение на боку, лучше с выпрямленными ногами) или в задне-боковом положении: мужчина вводит половой член во влагалище сзади, а спереди стимулирует область клитора рукой.

Следует знать, что достижение оргазма при стимуляции клитора или комбинированной стимуляции клитора и влагалища является типичным для значительного числа женщин.

При дальнейших занятиях достигается временное сближение наступления оргазма у мужчины и у женщины. Когда женщина во время стимуляции рукой при введенном во влагалище половом члене не чувствует приближение оргазма, она начинает делать сначала медленные, а затем все более быстрые движения тазом, с тем чтобы максимальная стимуляция клитора совпала с движениями полового члена во влагалище и оргазм быстро наступил у обоих партнеров. Одновременное достижение оргазма партнерами является условием максимального полового удовлетворения.

Занятие 7
Ощущения при комбинированной стимуляции во время фрикций

Вместо стимуляции рукой иногда можно использовать стимуляцию области клитора о лобок партнера во время движений при половом акте. Легче всего этого можно достичь при двух положениях:

а) женщина в положении сверху ложится на мужчину, вытягивается и производит движения тазом по тазу мужчины; при этом ее ноги могут находиться по отношению к ногам мужчины снаружи, внутри или одна нога внутри, а другая снаружи;

б) половой акт начинают в «классическом» положении, когда женщина находится внизу с разведенными и согнутыми в коленях ногами; после введения полового члена во влагалище мужчина переносит свои ноги кнаружи от ног женщины, а она свои ноги выпрямляет; мужчина осуществляет свои движения так, чтобы его таз слегка нажимал на область клитора.

Мужчина и женщина во время полового акта не должны осуществлять быстрые фрикции, пока женщина не приблизилась к состоянию оргазма. Быстрые движения скорее приведут к наступлению эякуляции у мужчины, чем оргазма у женщины. Поэтому мужчина должен учитывать потребности женщины и в случае необходимости пролонгировать половой акт одним из испробованных им способов. Если эякуляция у мужчины возникла раньше, чем оргазм у женщины, но она уже достигла сильного полового возбуждения, то женщина может достичь оргазма при дополнительной стимуляции рукой мужчины, движения которой она сама регулирует.

При успешном течении занятий можно постепенно дополнять их различными вариантами, для того чтобы добиться разнообразия сексуальных переживаний. Например, партнеры могут попробовать в течение одного полового акта сменить несколько положений, выбор которых зависит от их собственной фантазии. В конце половой акт заканчивают в том положении, в котором женщина лучше всего достигает оргазма.

Желательно, чтобы и после успешного окончания лечебных занятий партнеры ориентировались в большей мере на совместные ощущения, возникающие в результате нежных тактильных раздражений, чем на «успешный половой акт»; это позволит им культивировать качество продолжительной любовной игры в целом, а не только качество кратковременного оргастического завершения.

Основные факторы, негативно сказывающиеся на ходе секс-терапии:

1. Переживания по поводу своей сексуальной несостоятельности в начале проведения курса терапии.
2. Тревога и переживания, связанные с фазой пенетрации.
3. Состояние неустойчивой эрекции.
4. Рецидив сексуальных расстройств после окончания курса лечения.

Использование секс-терапии в лечении различных типов диспареунии

Секс-терапия при психосоматическом типе диспареунии. У пациенток с психосоматическим типом диспареунии при проведении секс-терапии основной акцент, по мнению А. И. Федоровой (2007), необходимо делать на коррекции внутреннего (интрапсихического) представительства гениталий путем практического ознакомления пациенток с их строением и их чувствительностью. Этот подход важен потому, что у большинства больных с данным расстройством имеется нарушение эротического компонента либидо. В данном случае использование техники чувственного фокусирования, развитие контакта с собственным телом, раскрытие его сексуально-эротических возможностей, укрепление уверенности в себе, получение и закрепление опыта эротических переживаний способствовало эффективной коррекции психосексуального расстройства. Также А. И. Федорова (2007) отмечает достаточно высокую эффективность техники «необязывающего коитуса», которая позволяет получать опыт санкционированного удовлетворения своих потребностей и желаний сексуального характера, выбрать вид движений и поз, приносящих приятные ощу-

щения вместо боли при половом акте, выработать новый, дающий сексуальное удовлетворение безболевой стереотип половых отношений в паре.

Использование секс-терапии при коррекции конверсионной диспареунии.

Основными целями использования данного методического подхода у указанной категории пациенток являлись приобретение позитивного опыта сексуальных контактов, выработка оптимального стереотипа сексуальных отношений, приносящих удовольствие, обучение партнеров выражению сексуальных чувств и желаний, умению находить приемлемый для обоих компромисс.

При первичной диспареунии у молодых женщин с задержками психосексуального развития секс-терапия применяется в максимально развернутой форме с включением мероприятий, направленных на ознакомление с функцией и строением половых органов, а также адаптацию к вагинальному проникновению. У женщин старшей возрастной группы с диспареунией, развившейся на фоне неадекватной сексуальной стимуляции (техники), расстройств либидо и оргазмической дисфункцией, часто используются стандартные методики чувственного фокусирования, генитального наслаждения и «необязывающего коитуса». Основной акцент при использовании традиционных методик секс-терапии делается на вербальном взаимодействии в паре. В случаях абсолютной аноргазмии и связанного с ней неосознанного отказа от половой жизни, не вызывающей приятных ощущений, в качестве дополнения при проведении секс-терапии нередко используют вибраторы, которые позволяют пациенткам раскрыть свои сексуальные возможности и повысить мотивацию к коррекции полового расстройства.

Психотерапевтические методы в лечении функциональных сексуальных расстройств.

В данную категорию по МКБ-10 входит ряд подразделов раздела F52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием», основными из которых являются: отсутствие генитальной реакции (F52.2) в форме психогенной импотенции, эректильного расстройства, оргазмической дисфункции (F52.3) и преждевременной эякуляции (F52.4) (расстройство психической, эрекционной, эякуляторной составляющих копулятивного цикла по отечественной классификации), а также вагинизм неорганической природы (F52.5) и диспареуния неорганической природы (F52.6).

К основным психотерапевтическим методам, используемым в лечении функциональных сексуальных расстройств, относятся суггестивная психотерапия, систематическая десенсибилизация и психоанализ.

Глава 22
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СУИЦИДЕНТАМ

Проблема самоубийств не утрачивает свою актуальность на всем протяжении существования человечества. Однако до настоящего времени не существует признаков, по которым можно было бы достоверно выявить человека, готовящегося к самоубийству, как нет и способов, полностью ликвидирующих суицидальный риск. Кроме того, трудность предупреждения самоубийств и помощи суицидентам обусловлена тем фактом, что любое переживание может явиться субъективным поводом для сведения счетов с жизнью, от банальных неприятностей, до глубоко трагичных событий. Самоубийство становится все более распространенным и обыденным явлением для жизни общества.

В нашей стране суицид рассматривается как социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого конфликта (Амбрумова А. Г., 1974). За рубежом получила распространение модель стресс-уязвимости суицидального поведения (Mann J. J. [et al.], 1999), согласно которой в конституционную предрасположенность (диатез) вносят свой вклад как наследственные факторы, так и приобретенная восприимчивость. Перенесенные ранее в жизни травматические события, хронические заболевания ЦНС, злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также некоторые другие факторы играют определенную роль в развитии «суицидального диатеза».

Предрасположенность, склонность к суицидальному поведению является решающей детерминантой, которая определяет манифестацию суицидальности под влиянием стресса. Исходя из этого, совершение самоубийства при той или иной ситуации можно пытаться объяснить с позиций степени выраженности предрасположенности (диатеза) к суициду. В связи с тем что подавляющее большинство суицидентов не обнаруживает выраженных расстройств психики, все более активно в практику помощи им внедряются методы психологической коррекции и психотерапевтического воздействия. Необходимо учитывать, что в последнее время получены новые данные о механизмах суицидального поведения, основанные на объективных психологических и психофизиологических показателях, которые существенно изменяют подходы к диагностике, профилактике и психотерапевтической помощи суицидентам. Так, в частности, было показано:

1. Лица с суицидальным поведением обнаруживают специфические изменения внимания, проявляющиеся в трудностях отвлечения от негативной информации (Bradley B. P. [et al.], 1997), а также не-

произвольной фиксации внимания на информации, связанной с темой суицида (Зотов В. М., Петрукович В. М., 2002; Beker E. S. [et al.], 1999).

2. Английские исследователи Г. Маттеус и Дж. Антес (Mathews G. R., Antes J. R., 1992) показали, что депрессивные и суицидальные индивиды чаще фиксируют взгляд на эмоционально негативном, чем на нейтральном и позитивном материале.

3. Немецкий психолог Э. Беккер с соавт. (Beker E. S. [et al.], 1999) при помощи модифицированного «Струп-теста» установили, что суициденты значимо дольше называли цвет шрифта, которым напечатаны слова с суицидным содержанием, чем цвет позитивных и нейтральных слов. Таким образом, лица с суицидальным поведением непроизвольно отмечают информацию негативного и суицидального характера, фиксируют на ней внимание, что приводит к дальнейшему нарастанию суицидальных тенденций.

В свою очередь, М. В. Зотов и соавт. (2003) предложили методику экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал», согласно которой при наличии у человека суицидальных намерений его внимание непроизвольно фиксируется на любой информации, имеющей отношение к теме самоубийства. Время простой сенсомоторной реакции (ПСР) при нейтральной и суицидальной информации различна (отмечается «предвзятость», «прилипание» внимания к суицидальной тематике).

4. Согласно американской исследовательнице М. Линехен (M. M. Linehan) у суицидентов отмечается недостаточность эмоциональной регуляции (дисрегуляция эмоций). Она характеризуется высокой сенситивностью и реактивностью по отношению к стрессам и снижением способности произвольно контролировать негативные эмоции и связанное с ними поведение, что проявляется в неспособности отвлечь внимание от негативных раздражителей. Для выявления склонности к аффективному поведению рекомендуется применять методику экспресс-диагностики В.В. Бойко. Недостаточная регуляция эмоциональных процессов возникает в результате взаимодействия биологической предрасположенности с факторами внешней среды, а именно условиями воспитания и особенностями социального окружения, в которых формируется личность ребенка. M. I. Posner и M. K. Rothbart (1998) было установлено, что в процессах регуляции эмоций важную роль играют качество внимания и памяти. Таким образом, дисрегуляция эмоций, являясь фактором риска развития суицидального поведения, тесно связана с недостаточностью регуляторных компонентов познавательной деятельности.

5. Другим фактором развития суицидального поведения является высокая импульсивность, отражающая сниженный уровень произвольной регуляции поведения. Под импульсивностью принято по-

нимать тенденцию быстро реагировать на ситуационные стимулы без предварительного обдумывания, планирования своих действий, а также без учета возможных негативных последствий своего поведения для себя или окружающих. Выделяют два основных аспекта импульсивности: склонность к непосредственому реагированию на раздражители (без предварительного обдумывания и анализа ситуации) и низкий уровень контроля над возникающими импульсами и побуждениями. Импульсивность тесно связана с суицидальным поведением. В большинстве случаев импульсивность рассматривается как постоянная личностная характеристика, но может выступать как временная, зависящая от психического состояния характеристика.

6. Особое значение приобретает снижение эмоционального напряжения — как основной функции суицидального поведения. Исследования самоотчетов лиц с парасуицидами показали, что 70–96 % из них указывали на облегчение душевного состояния и уменьшение негативных эмоций как на основной мотив своего самоповреждающего поведения (Brown M. Z. [et al.], 2002; Rodham K. [et al.], 2004). До 90 % пациентов отмечают, что после совершения актов самоповреждения они испытывают субъективное облегчение душевного состояния (Bennum I., Phil M., 1983). При переключении внимания с негативных переживаний на болевые ощущения происходит смена сенсорной доминанты. Поскольку наступает облегчение, то такое поведение закрепляется и повторяется.

Недостаточность навыков эмоциональной регуляции и сниженная толерантность к негативным эмоциям приводят к тому, что негативные переживания быстро нарастают и достигают критического уровня, воспринимаются индивидом в качестве «невыносимых», вызывая у него импульсивное побуждение немедленно прекратить тягостное душевное состояние.

Отдельно следует остановиться на значении когнитивных факторов в развитии суицидального поведения и, в частности, на следующих аспектах, их характеризующих:

1. Дисфункциональные установки и убеждения. По утверждению А. Бека и соавт. (2003), предрасположенность к развитию депрессивных и суицидальных переживаний определяется наличием у индивида стабильных дисфункциональных установок и убеждений. Эти установки и убеждения формируются на ранних этапах развития индивида под влиянием различного рода психотравмирующих факторов, оказывающих влияние на то, каким образом он воспринимает и интерпретирует события во взрослой жизни. Травматические ситуации, первоначально ответственные за возникновение и закрепление негативных установок, становятся прототипами специфических стрессоров, которые в дальнейшем могут активировать эти установки.

Когда человек сталкивается с ситуациями, напоминающими его первоначальные травматические переживания, он может реагировать на них депрессией и суицидом. При оценке жизненных событий происходит генерализация (неоправданно общий вывод на основании единичного случая) или персонализация (неоправданное соотнесение к себе событий, вызванных внешними причинами).

2. Негативный атрибутивный стиль. В результате действия неконтролируемых стрессовых событий человек «обучается беспомощности», формирует убеждение, что он не способен контролировать негативные события своей жизни. В дальнейшем это становится фактором риска развития депрессии и суицидального поведения. Согласно М. Селигману (Seligman M. E. P. [et al.], 1979), негативный или депрессогенный атрибутивный стиль проявляется в том, что негативные жизненные события человек объясняет стабильными, глобальными и интернальными причинами, в то время как позитивные события — нестабильными, специфическими и экстернальными.

3. Недостаточный уровень развития способностей к решению проблем. Риск развития суицидального поведения тесно связан с недостаточностью способности к решению межличностных проблем (Linehan M. M. [et al.], 1987; Schotte D. E., Clum G., 1987). Это способствует развитию беспомощности и стремлению «избежать» субъективно неразрешимых жизненных ситуаций и связанных с ними болезненных переживаний. У лиц с суицидальным поведением выявляются нарушения мотивационных и когнитивных аспектов проблемно-решающего поведения. Нарушения мотивационных аспектов выражаются в недостаточности инициативы, трудностях принятия решения, заниженной оценке своей способности самостоятельно решить проблему и ожидание неэффективности собственных усилий по решению проблемы.

Пациенты с суицидальными попытками продуцируют в 2 раза меньше решений, чем больные без суицидальных тенденций.

4. Склонность к переживанию безнадежности и сниженная способность к прогнозированию позитивных событий в будущем. Под безнадежностью понимают состояние, которое характеризуется устойчивым ожиданием в будущем крайне нежелательных, негативных событий, а также убежденностью, что в поведенческом репертуаре нет средств, позволяющих повлиять на возникновение этих событий. Состояние безнадежности включает два основных компонента: пессимистические установки в отношении будущего и ощущение беспомощности перед ожидаемыми негативными событиями.

Высокие показатели безнадежности позволяют предсказать повторение суицидальных попыток в течение последующих 6 мес. (Petrie K.) и осуществление завершенного суицида в течение последующих 10 лет

(Beck A. T., Steer R. A., 1989). Пациенты с суицидальным поведением оценивают негативные события как более вероятные по сравнению с позитивными, они не могут предотвратить появления негативных событий (Mac Leord A. K. [et al.], 1993).

В целом дисфункциональные установки, негативный атрибутивный стиль, недостаточность развития способности к решению проблем, склонность к переживанию безнадежности и сниженная способность к прогнозированию позитивных событий играют важнейшую роль в возникновении и развитии депрессивных переживаний и истинных суицидальных тенденций.

Некоторые авторы (Burnet P. A., Gotlib I. H., 1988) выдвинули предположение, что когнитивно-психологические характеристики, рассматриваемые в качестве причинных факторов суицидального поведения, на самом деле есть проявления или следствия кризисного состояния, переживаемого пациентами. Вместе с тем, исследования последних лет показали, что многие индивиды, характеризующиеся высоким суицидальным поведением, находясь в нормальном эмоциональном состоянии, по своим психологическим характеристикам существенно не отличаются от здоровых лиц. В моделируемых состояниях сниженного настроения, в отличие от здоровых лиц, пациенты с суицидальной предрасположенностью обнаруживают выраженную активацию негативных установок и снижение способности к решению проблем (Scher C. D. [et al.], 2005). Таким образом, здоровые лица успешно переносят состояния сниженного настроения, а предрасположенные индивиды реагируют на эмоциональную нагрузку активацией негативных установок и снижением способности к решению проблем.

В развитии отмеченных изменений внимания, памяти и мышления важную роль играет явление «умственной жвачки» или руминации. Под руминацией понимают мыслительную активность преимущественно вербального характера, при которой внимание человека полностью поглощено мыслями негативного содержания, непрерывными размышлениями о прошлых или ожидаемых в будущем негативных жизненных событиях. «Пережевывание» негативных мыслей приводит к усилению переживаний и провоцирует мысли о самоубийстве. Когнитивная реактивность — легкая активация негативных ожиданий и установок у индивида в состоянии пониженного настроения (Scher C. D. [et al.], 2005).

Активация негативных ожиданий и установок существенно изменяет восприятие индивида: его внимание заостряется на негативных аспектах ситуаций, позитивные моменты игнорируются, возникает склонность к пессимистическим интерпретациям происходящих событий, отмечаются трудности произвольной актуализации позитивного жизненного опыта.

Neeleman [et. al.] (2004) пришел к выводу, что жизненные события и социально-экономические факторы риска играют большую роль в возникновении первых суицидальных действий, но не последующих. Последующее повторяющееся суицидальное поведение носит относительно «самостоятельный» характер и меньше связано с социально-средовыми влияниями, чем первые острые суицидальные попытки. Повторяющиеся депрессивные состояния и суицидальные эпизоды провоцируются уже внешне незначительными, символическими или предвосхищаемыми индивидом стрессовыми ситуациями. С увеличением числа кризисных состояний повышается сенситивность индивида к действию факторов эмоционального стресса и возрастает легкость к срывам когнитивных функций, активизируются негативные установки и суицидальные тенденции (Lau M. A. [et al.], 2004; Williams J. M. G. [et al.], 2005; 2006). Мысли о суициде приобретают стереотипный, автоматизированный характер, привычно возникают у человека под воздействием различного рода провоцирующих стимулов и ситуаций.

Описываемые психологические и психофизиологические особенности личности суицидентов не являются постоянным свойством, а появляются при изменении их эмоционального состояния в стрессовой ситуации, что необходимо учитывать при проведении психотерапии.

По мнению А. Бека с соавт. (2003), суицид характеризуется несколькими общими закономерностями:

а) суицидальные индивидуумы склонны преувеличивать размах и глубину проблем, и тогда даже ничтожные трудности воспринимаются как неразрешимые проблемы;
б) эти люди крайне не уверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями;
в) они склонны проецировать результат собственного поражения в будущее.

Иначе говоря, будучи суицидально уязвленными, они обнаруживают признаки когнитивной триады: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны, своего будущего. Очень важно своевременно реагировать на чувство обиды, стыда, вины у суицидальных пациентов (обида, ощущение покинутости, социальный неуспех).

Д. Вассерман (2005) выделяет два основных когнитивных механизма, которые проявляются у суицидентов:

а) недостаточность навыков разрешения проблем (особенно в среде межличностных отношений);
б) суицидентам свойственна очевидная склонность возврата к обобщенным (а не специфическим) переживаниям.

В структуре суицидальных реакций Г. В. Старшебаум (2005) определил аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты. Аффективный компонент характеризуется аффективной напряженностью, чувством обиды, тревоги, ощущением безысходности и отчаяния. Для когнитивного компонента типично представление о собственной несостоятельности, бесцельности дальнейшей жизни, невозможности разрешения трудной ситуации. Поведенческий компонент включает различные формы суицидального поведения, активную или пассивную деятельность по его прекращению.

Важное значение при оказании помощи суицидентам придается кризисной психотерапии как начальному этапу помощи пациентам. Она наиболее показана в пресуицидальном периоде, когда существует еще возможность предотвращения суицидальных действий. Почти все пациенты, совершившие суицидальную попытку или выявляющие суицидальные намерения, нуждаются в психологической поддержке.

L. Rapport (1962) определил следующие цели кризисной терапии:

1) снятие симптомов;
2) восстановление докризисного уровня функционирования;
3) осознание событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
4) выявление внутренних ресурсов пациента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
5) установление связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
6) освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств; развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Выделяют три метода кризисной терапии: 1) кризисная поддержка; 2) кризисное вмешательство; 3) повышение уровня адаптации (устойчивости) к кризисным ситуациям. Кризисная помощь может оказываться психиатром (психотерапевтом) на индивидуальном, групповом и семейном уровнях и проводиться в амбулаторных и стационарных условиях, а также по телефону и значительно реже на дому. Кризисная терапия в первую очередь должна быть направлена на выявление и осознание пациентом суицидальной проблемы, оказание ему сочувствия и поддержки, выработку стратегии купирования кризисной ситуации и разрешения возникших проблем. Необходимо сразу же установить с пациентом отношения доверия и взаимопомощи, эмоционального контакта. Проводимая кризисная психотерапия должна быть краткосрочной и оказывать практическую помощь при решении кризисной ситуации. Индивидуальная кризисная терапия имеет целью купирование конфликтной ситуа-

ции и поддержку суицидента, групповая — преодоление пациентом иждивенческой позиции, рассчитанной только на помощь врача. При работе с суицидальным пациентом обязательно необходимо учитывать тип его установки:

а) конструктивный — стремление с помощью психотерапевта разрешить конфликт;

б) симптоматический — склонность лишь к ликвидации симптомов;

в) манипулятивный — попытки использовать ситуацию для получения выгод;

г) демобилизирующий — пассивная позиция с отказом от помощи.

Показаниями к кризисной терапии являются: суицидальные тенденции с высокой вероятностью совершения повторных суицидальных действий, потребность в психологической поддержке и практической помощи, формирование новых моделей совладания со стрессом, системы межличностных взаимоотношений.

В кризисную группу включают практически здоровых и больных пограничными состояниями, из которых 3–7 человек имеют суицидальные мысли и замыслы и двое — суицидальные намерения, а также одного больного с расстройством личности (возбудимого или истерического типа) и суицидальными мыслями или замыслами. Занятия проходят 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 ч. Курс групповой кризисной терапии рассчитан на один месяц, так как срок разрешения кризиса составляет около 4–6 недель.

М. Я. Соловейчик (2002) дает следующие советы консультанту, работающему с суицидальным клиентом:

1) не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным;

2) не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор;

3) не стремитесь преуменьшить боль, пережитую другим; высказывания типа: «нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете;

4) не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента; ему больно, и важно показать, что вы это понимаете;

5) не предлагайте простых ответов на сложные вопросы; принимайте проблемы человека серьезно, говорите с ним открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой;

6) не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!»; эти слова не решат проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому могут принести только вред;

7) никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

При работе с суицидентом И. А. Акидинова (2001) описывает эмоциональные реакции, возникающие у психотерапевта и снижающие эффективность оказываемой им помощи:

1. Паника: «Я не в силах чем-либо помочь».
2. Страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?».
3. Усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор».
4. Злость: «Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?».
5. Обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня?».
6. Внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить».
7. Безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?».
8. Отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же».

K. Denner, W. Ploh (1997) указывают на наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии:

1) недостаточное внимание к заявлениям пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано со страхом психотерапевта перед смертью;
2) навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
3) бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;
4) взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

При контакте с родственниками психотерапевт обычно играет роль посредника, а не судьи, не принимая чьей-либо стороны в конфликте. В процессе бесед выявляются точки зрения конфликтующих сторон, проводится отреагирование негативных эмоций по отношению друг к другу.

Кратковременная кризисная психотерапия может быть эффективна для лиц, впервые переживающих суицидальный кризис, но явно недостаточна для пациентов с многократными эпизодами суицидального поведения.

В настоящее время поиск эффективных психотерапевтических методик помощи суицидентам продолжается. В ходе исследований лиц с суицидальным риском установлена эффективность двух целенаправленных психотерапевтических подходов:

1. Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) — терапия решения проблем.

2. Диалектически бихевиоральная терапия (ДБТ) — терапия модулирования эмоциональных реакций.

Когнитивно-бихевиоральная терапия имеет существенные достоинства, состоящие в краткости терапии (5—10 сеансов) и широком влиянии не только на способность разрешения проблем и снижения частоты суицидальных попыток, но и на снижение выраженности психопатологии, депрессивных расстройств и чувства безнадежности (Salkovskis P. M. [et al.], 1990).

Диалектическая бихевиоральная терапия также уменьшает частоту суицидальных попыток, однако имеет ряд негативных сторон: сложность пакета техник, существенные затраты времени психотерапевтом (несколько сеансов в неделю в течение длительного времени), незначительное влияние на психопатологию.

Возможно, перспективной окажется межличностная терапия, пока еще недостаточно изученная и редко используемая суицидологами. Эта терапия уделяет основное внимание работе с межличностными проблемами и изменениями ролевого функционирования пациента, она также оказалась эффективной при лечении депрессии (Klerman G. L., Weissman M. M., 1989).

Суицидальное поведение пациентов связывается с недостаточностью навыков разрешения проблем и возвращением к обобщенной памяти негативных событий, которые способствуют возникновению чувства безнадежности. Целью КБТ решения проблем является обеспечение пациента возможностью целенаправленного (гибкого) применения в дальнейшем в различных трудных ситуациях знаний и навыков, полученных в процессе психотерапии. Психотерапевт стимулирует мотивацию пациента на совместное участие в попытках решения проблем. Алгоритм стратегии решения проблем в общем виде может выглядеть следующим образом:

1) составление перечня проблем;

2) выбор приоритетных проблем, которыми следует заняться не только с точки зрения важности и влияния, но и возможной кратковременной эффективности;

3) выбор ряда возможных решений обычно методом свободного «мозгового штурма», в котором суицидента поощряют учитывать любое возможное решение;

4) выбор конкретного решения путем систематического исследования всех «за» и «против» в наиболее доступных вероятных решениях;

5) преобразование процесса воплощения выбранного решения на более мелкие и выполнимые этапы;

6) предвидение и определение препятствий, которые могут возникнуть при реализации каждого этапа (включая не только трудно-

сти, связанные с обстоятельствами, но и когнитивные и эмоциональные проблемы);

7) систематическое исследование между этапами достигнутого прогресса перед началом реализации нового этапа.

Процесс научения носит повторяющийся характер и завершается желаемым конечным результатом, заключающимся в освоении пациентом не только навыков разрешения специфических проблем, но и умений решения проблем, возникающих в процессе их решения. Этот способ терапии может исправить как недостаточность навыков разрешения проблем, так и нарушение специфической памяти. Вероятно, эти навыки обладают эффектом уменьшения чувства безнадежности у тех людей, которые не видели какого-либо выхода из ситуации, казавшейся неразрешимой.

M. M. Linehan (1939), предложившая диалектическую бихевиоральную терапию (ДБТ) для лечения пациентов с пограничным расстройством личности и хронической суицидальностью, указывает, что данный подход разделяет многие черты и процедуры когнитивно-бихевиоральной терапии решения проблем, однако его теоретическая основа и спектр терапевтических воздействий являются более широкими. При этом ключевой проблемой она считает эмоциональную дисрегуляцию, которая возникает в раннем возрасте, когда биологически уязвимые пациенты испытывают травматическое воздействие семьи и близкого окружения. В итоге формируется эмоциональная лабильность, которая затем дополняется поведенческой, межличностной и когнитивной нестабильностью, и их взаимодействие обусловливает выработку характерных моделей решений, включающих парасуицидальное поведение. Таким образом, пограничное расстройство личности становится обобщающим понятием для описания широкого спектра весьма длительных проблем, способов, которыми некоторые люди пытаются справиться с межличностными и эмоциональными трудностями.

В отличие от многих других подходов к лечению расстройств личности, ДБТ настойчиво избегает «обвинений жертвы». Целью ДБТ является оказание помощи пациенту в модулировании эмоциональных реакций, уменьшении проявлений дезадаптивного поведения и принятии своих собственных реакций. Основная стратегия терапии — выработка навыков решения проблем, дополненная рядом вспомогательных терапевтических методик, поддерживающей работой в группе и консультациями по телефону. Гораздо больше внимания уделяется терапевтическим отношениям (как их понимает скорее когнитивная, а не психодинамическая психотерапия). Другими основными навыками, которым обучает ДБТ, являются тренинг сенситивности, эффективности в межличностных отношениях и техники

преодоления психологического дисстресса (включающие эффективные когнитивные и бихевиоральные техники работы с депрессией, тревожными расстройствами и посттравматическим стрессом). Применение тренинга сенситивности, включающего ряд адаптированных техник медитации, показало, что он может быть эффективным у больных хронической депрессией. Эти структурированные техники применяются на основе интеграции способов, адаптированных для конкретной группы пациентов и учитывающих их особую чувствительность.

Сегодня совершенно очевидно, что активное психологическое лечение нуждается в критериях успешности в отношении снижения частоты повторных суицидальных попыток и самоубийств:

а) оно должно возвращать пациенту взаимопонимание (путем применения «неспецифических» терапевтических факторов, подобных эмпатии, искренности и теплоте, и использования внутренних ресурсов пациента);

б) основные терапевтические усилия следует сосредоточить на установленных факторах, определяющих переживание и поддержание затяжного интенсивного дистресса в конкретных группах (состоящих преимущественно из однородных в клиническом отношении пациентов);

в) терапия должна быть нацелена на характерные, в том числе специфические проявления обычных факторов поддержки (т. е. способов, которыми они влияют на конкретного пациента, нуждающегося в психотерапевтической помощи);

г) следует продемонстрировать эффективность нового вида терапии по сравнению с «листом ожидания» или лечением «по старинке».

Сегодня всем этим критериям соответствуют лишь КБТ в форме терапии решения проблем и ДБТ — модулирование эмоциональных реакций. Стандартная когнитивная терапия депрессии и межличностная терапия удовлетворяют лишь первым трем критериям.

Детальное исследование четырех критериев успешности терапии позволяет говорить о наличии следующих общих элементов:

1) сосредоточение на ситуации «здесь и сейчас»;

2) внимание к негативным эмоциям, раскрывающим соответствующий фокус терапии;

3) включение в терапевтический пакет как основы тренировки способности решения проблем и базовых навыков;

4) терапевтические отношения, основанные на эмпатии и сотрудничестве, предоставляющие пациенту возможности осуществления изменений в актуальной ситуации.

На протяжении последних десятилетий развитие бихевиоральной и когнитивно-бихевиоральной терапии радикально изменило взгляд

на психологическое лечение суицидентов. Сегодня перспектива кратковременного, целенаправленного и эффективного лечения стала реальной. Дальнейшее изучение факторов, определяющих суицидальное поведение, исследование причин и механизмов суицидальных действий, совершенствование их диагностики и профилактики позволит лучше понять сущность данного феномена и решить практические вопросы помощи суицидентам.

Глава 23
ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) в качестве самостоятельной клинической формы впервые были включены в классификационный психиатрический стандарт DSM-III американскими исследователями в 1980 г. после анализа обширных наблюдений психических расстройств у ветеранов войны во Вьетнаме, и до недавнего времени этот диагноз как нозологическая разновидность в группе «тревожных расстройств» существовал только в США. В 1995 г. ПТСР в трактовке, в основном, по критериям DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, являющегося основным диагностическим стандартом в европейских странах, включая и Россию.

Посттравматический стресс, характеристики которого соответствуют клинической картине ПТСР, возникает как затяжная или отсроченная реакция на экстремальные ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Ведущим критерием ПТСР по МКБ-10 является подверженность больного как краткому, так и длительному воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума (критерий А). Общие закономерности клинической динамики ПТСР не зависят от того, какие конкретно травматические события (война, стихийное бедствие, террористический акт, изнасилование и т. д.) послужили причиной тех или иных психологических изменений или психических расстройств. Главное, чтобы события эти носили экстраординарный характер, то есть выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, чувства беспомощности и ужаса.

Клиническая характеристика ПТСР представлена тремя группами симптомов: симптомы повторного переживания (или симптомы

«вторжения»), симптомы избегания и симптомы физиологической гиперактивности.

Первая группа симптомов включает в себя навязчивые воспоминания («вспышки воспоминаний»), повторяющиеся кошмарные сновидения, интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающим или символизирующим пережитое травматическое событие.

Вторая группа симптомов выражается в том, что травматический опыт внутренне как бы вытесняется из психической жизни пострадавшего. Этот человек стремится не попадать в те ситуации, которые могли бы всколыхнуть воспоминания о пережитом, он упорно избегает всего, что прямо или косвенно может быть связано с пережитой психотравмой, которая подвергается частичной амнезии. Постепенно появляется чувство отчужденности и отстраненности от окружающих.

Третья группа симптомов проявляется в нарушениях сна, повышенной раздражительности, вспышках гнева, деконцентрации внимания, подчас — немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства».

По данным Н. В. Тарабриной с соавт. (2007), процент распространенности ПТСР среди населения колеблется в диапазоне от 1 до 14 % с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции, причем в 1990-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли. Эти тенденции сохраняются и в наше время.

Общие подходы к психотерапии ПТСР основаны на базисных положениях, согласно которым психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку именно она целенаправленно ведет к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Ключевым моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасающего и непостижимого, что с ним случилось, в его «образ Я», в его представление о себе. Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам ПТСР: снижению уровня тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим (Малкина-Пых И. Г., 2005). Основное правило психотерапевтической работы пациента с ПТСР со стороны врача — принимать тот темп работы пациента и самораскрытия пострадавшего, который предлагает он сам. В ряде случаев возникает необходимость информирования ближайшего окружения пациента по вопросам особенностей проводимой с последним психотерапии, а именно разъяснение, почему врач активно вторгается в область воспоминаний и воспроизведения травматического опыта, в то время как окружающие, как правило, невольно

поддерживают свойственные пациенту «избегающие» стратегии поведения.

С. Н. Ениколопов (1998) предлагает несколько терапевтических стратегий, рекомендуемых при проведении психотерапии при ПТСР:

1) поддержка адаптивных навыков «Я» (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);

2) формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств);

3) снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт);

4) наконец, изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии — изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и таким образом создать у клиента ощущение «контроля над травмой»).

После того как человек подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации — необычными и пугающими. В. А. Конторовичем (2005) разработаны и подтверждены в практической деятельности следующие принципы психотерапии ПТСР.

Принцип нормализации, являющийся первым принципом терапии. Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии, таким образом, становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности. Это может помочь пострадавшему понять причины своих симптомов, их динамику и более активно участвовать в процессе психотерапии.

Второй принцип, на котором должна базироваться терапия ПТСР, **принцип партнерства и повышения достоинства личности**. Люди, страдающие ПТСР, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Особенно это касается жертв сексуального насилия (необходимо учитывать, что мужчины переносят это гораздо болезненней), других тяжких преступлений, мигрантов, пострадавших в местах прежнего проживания от национальных преследований, и жертв тоталитарных сект. Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества и является таким необходимым.

Третий принцип — **принцип индивидуальности**. Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса. И это также важно учитывать в процессе терапии.

Чем больше времени прошло с момента получения травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется при оказании психологической помощи из-за того, что посттравматический стресс все теснее связывается с другими психологическими проблемами.

Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от одного месяца до нескольких лет. Любой психотерапевтический процесс при ПТСР может быть условно разделен на три стадии:

1. Установление «безопасной атмосферы», то есть установление доверительного, неформального контакта, дающего врачу право на «получение доступа» к тщательно охраняемому пациентом от посторонних вмешательств травматическому материалу.

2. Работа с конкретным травматическим материалом, то есть с воспоминаниями, переживаниями, с отрешенностью, избеганием, отчужденностью и т. п.

3. Помощь пациенту в его личностном «отделении» от перенесенной травмы, в его постепенном включении в обыденную жизнь.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают, по мнению И. Г. Малкиной-Пых (2005), характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).

3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.

4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.

5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.

6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.

Существует много методов, которые эффективно используются в процессе коррекции и терапии ПТСР. Все методы условно можно разделить на четыре категории (В. Г. Ромек [и др.], 2005):

1. Образовательные. Включают в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с клинической симптоматикой

ПТСР помогает людям осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации.

2. Вторая группа методов находится в области холистического (целостного) отношения к здоровью. Здоровый образ жизни с достаточной физической активностью, правильным питанием, отказом от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков создает основу для быстрого и эффективного восстановления после травмирующих событий.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию. Семейная и групповая психотерапия, развитие сети самопомощи, формирование и поддержка общественных организаций необходимы для социальной реабилитации.

4. Четвертая категория — это собственно терапия. Она включает в себя работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и т. д. и направлена на «переработку» проблемы и совладание с симптомами.

Чарльз Фиглер из Центра психического здоровья во Флориде, на которого ссылается автор вышеизложенной классификации, разослал специалистам аналогичных центров, занимающимся психической травмой, опросник, в котором было необходимо отметить тот тип терапии ПТСР, который они находят наиболее эффективным и чаще используют в своей практике. Всего было разослано около 1000 анкет. Проанализировав полученные данные, Фиглер пришел к выводу, что чаще всего специалисты при работе с ПТСР предпочитают следующие методы терапии:

а) десенсибилизация посредством движений глаз (ДПДГ);
б) визуально-кинестетическая диссоциация;
в) ослабление (или редукция) травматического инцидента;
г) терапия мысленного поля (ТМП).

Психотерапевтические методы при ПТСР И. Г. Малкина-Пых (2005) по степени их практической распространенности классифицирует следующим образом:

1. Рациональная психотерапия — когда клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги — аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия — используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терпаия — позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

Конкретная форма психотерапии, как указывает автор вышеизложенной классификации, остается предметом выбора большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные «Я-схемы» жертвы и ее взгляд на мир; воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Особое место в психотерапии ПТСР занимает «психологический дебрифинг» как метод работы с групповой психической травмой и как форма кризисной интервенции с особой организацией и четкой структурированностью в группах людей, совместно переживших катастрофу или трагическое событие. В руководстве по терапии ПТСР (Эдна Фоа [и др.], 2005) указывается, что дебрифинг стресса критического инцидента (ДСКИ) был впервые описан Митчеллом (Mitchell, 1983) как метод групповой психологической помощи для амбулаторной работы с индивидами, испытывающими травматическое воздействие во время исполнения служебных обязанностей. Дебрифинг был отнесен к формам кризисной помощи; при этом отмечалось его отличие от психотерапии и, следовательно, подчеркивалась разница в философских основаниях дебрифинга и психотерапии (дебрифинг не нацелен на лечение психопатологических симптомов). ДСКИ и другие модели дебрифинга представляют собой слабоструктурированные процедуры, направленные на снижение первоначального дисстресса и превенцию отсроченных психологических нарушений, в частности — ПТСР. Дебрифинг заключается в оказании поддержки индивиду в эмоциональном отреагировании путем нормализации эмоциональных реакций, а также в подготовке к переживанию травматических событий в будущем. Кроме того, в цели дебрифинга входит выявление людей, нуждающихся в помощи, оказание этой помощи на раннем посттравматическом этапе. Считается, что любой человек, переживший травматическое событие, может проходить процедуру дебрифинга независимо от наличия или отсутствия у него психопатологических симптомов. При этом очевидно, что состояние многих участников дебрифинга отвечает либо критериям острого стрессового расстройства, либо ПТСР, а также может включать симптомы тревожности и депрессии. Дебрифинг проводился с индивидами, пережившими различные травматические события, а также с работниками служб спасения и специалистами, оказывающими психологическую помощь. Основное внимание уделяется имеющимся в момент про-

ведения процедуры психологическим реакциям индивида на травмирующее воздействие, при этом прошлый опыт индивида, который, безусловно, оказывает влияние на эти реакции, не является фокусом воздействия. При проведении процедуры избегается употребление психиатрических «ярлыков», и акцент делается на нормализации состояния. Участникам объясняется, что они совершенно нормальные люди, которые попали в ненормальные ситуации. Митчелл и Эверли (Mitchell, Everly, 1995) считают, что дебрифинг должен пониматься как часть обширного, системного, многокомпонентного подхода к управлению травматическим стрессом (управление стрессом критического инцидента — УСКИ). По их мнению, дебрифинг должен использоваться как отдельная единожды осуществляемая процедура психологической помощи. Такое же мнение имеют и другие практики, которые используют дебрифинг как самостоятельный подход к оказанию помощи после переживания травматического события.

УСКИ Митчелла (Mitchell, 1983) представляет собой процедуру, состоящую из 7 этапов. На вводном этапе участникам разъясняются цели и задачи дебрифинга, его суть, а также даются вводные установки. На этапе описания событий участникам предлагается рассказать о произошедшем с ними; если при этом возникают эмоции, то их выражение поощряется, однако детальный анализ эмоциональных состояний на этом этапе не проводится. На следующем этапе анализа рассматриваются мысли участников во время инцидента. На этапе анализа реакций основной фокус сосредоточивается на эмоциях, испытываемых в связи с пережитым событием. Задачей этапа симптомов является помощь участникам в перемещении с чисто эмоционального реагирования на когнитивное осмысление события, обсуждаются связанные с травмой симптомы. Этап обучения вытекает из предыдущего этапа. На этой фазе руководитель дебрифинга рассказывает о типичных посттравматических симптомах и стратегиях совладания со стрессом. На контрольном этапе обсуждаются достигнутые результаты, задаются вопросы. И процедура дебрифинга заканчивается.

Среди других многочисленных психотерапевтических методов лечения ПТСР наибольшее распространение получили следующие:

1. Метод десенсибилизации и проработки травмы движениями глаз.
2. Когнитивно-бихевиоральная терапия.
3. Гештальт-терапия.
4. Символ-драма.
5. Семейная психотерапия.
6. Ослабление травматического инцидента.

Любая форма психотерапевтической работы с травматизированными пациентами требует большого эмоционального вклада от вра-

ча, в стратегии поведения которого необходимо избегать проявления собственных крайних личностных позиций, а именно: реакций «избегания» или «обесценивания» (психологическая сущность — «нет, я не вынесу такого пациента!»), реакций «сверхидентификации» (психологическая сущность — «избыток эмпатии», невольная подмена роли врача ролью товарища по несчастью или борьбе) и реакций «неуверенности» (психологическая сущность — «нарушение самоконтроля врача над своими эмоциями», его опасения усилить травматизацию своим вмешательством). В отдельных случаях у самого психотерапевта возможно развитие так называемого «вторичного ПТСР», являющегося результатом того, что сам врач в процессе своей работы невольно является длительное время как бы свидетелем всех этих несчастных случаев, катастроф и т. п.

Каждый из перечисленных методов имеет свои определенные цели и особенности психотерапевтических техник, изложенные в ряде пособий и руководств.

Метод десенсибилизации посредством движений глаз (ДПДГ)

ДПДГ может применяться при ПТСР как самостоятельный метод психотерапии либо как один из этапов комплексного лечебного воздействия. Выделяются 4 основные цели воздействия для ДПДГ: воспоминания о реальной экстраординарной психотравме; другие тягостные навязчивые воспоминания, не связанные с психотравмой; кошмарные сновидения; ассоциативные переживания, вызванные нейтральными раздражителями. ДПДГ с успехом используется при проведении психотерапии у участников боевых действий, жертв насилия, а также при фобиях, панических и диссоциативных расстройствах. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрым движением глазных яблок. Использование в ходе процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз приводит, вероятно, к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. В своей книге, изданной в 1995 г., автор метода — доктор Френсис Шапиро описывает ДПДГ как структурированный, комплексный метод лечения, включающий 8 стадий: история пациента и планирование лечения, подготовка, диагностика, десенсибилизация и переработка, утверждение

позитивного представления, соматическое состояние, завершение, переоценка. В особо сложных случаях, если переработка соответствующего травматического материала тормозится, предполагается ее стимулирование с помощью ряда дополнительных приемов (изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз; стимуляция открытого выражения подавленных эмоций; сосредоточение клиента на телесных ощущениях; когнитивное взаимопереплетение и др.)

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Общепризнано, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ) при коррекции ПТСР является наиболее эффективной. Ее главной целью является формирование и укрепление способности к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих повысить самоконтроль. В центре внимания КБТ находятся особенности поведения человека, доставляющие страдания ему самому или людям из его ближайшего окружения. Как указывает В. Г. Ромек с соавт. (2005), КБТ может быть названа любая форма психотерапии, основанная на экспериментальных данных и позволяющая обучение новым, более эффективным и здоровым формам поведения. Многие особенности поведения, которые раньше считались «болезнями», с позиций КБТ рассматриваются как «жизненные проблемы» или «поведенческие трудности». В. Г. Ромек выделяет ряд этапов КБТ кризисных состояний: поведенческая диагностика; терапевтические вмешательства; контроль эффективности, акцентируя внимание на том, что все методы КБТ кризисных состояний условно можно разделить на «приемы кратковременного облегчения» и «способы долговременного овладения кризисом». В первую группу относятся методы спонтанного расслабления, внутреннего отвлечения, внешнего отвлечения, позитивной самоинструкции, отреагирования и уменьшения дозы стресса. Вторая группа методов включает в себя систематическое расслабление, систематическое решение проблемы, изменение установок (рационально-эмоциональный тренинг), открытую беседу, десенсибилизацию и «мысленный стоп». Кроме того, для терапии ПТСР в разряде КБТ используются методы «биологической обратной связи» и «релаксационного тренинга», особенно показанные при ведущей аффективной патологии. В круг методов КБТ некоторые авторы (В. Е. Саламатов и др.) относят и нейролингвистическое программирование, одним из базисных положений которого является утверждение, что человек несет в себе, в той или иной степени, скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-

терапии и является обеспечение доступа пациента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания и вывод на сознательный уровень с последующим обучением пациента (клиента) тому, как ими пользоваться. Эти задачи решаются с помощью таких техник, как «интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», техника «взмаха» и др.

Гештальт-терапия

Гештальт-подход, традиционно рассматриваемый как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств, обычно используется в групповых методах работы, однако считается, что его использование при коррекции ПТСР более эффективно в рамках индивидуальной психотерапии. Неспособность человека, перенесшего экстраординарную психотравму, ориентироваться в длительной жизненной перспективе (планирование карьеры, рождение детей, создание семьи и т. д.) рассматривается при этом подходе как проявление ПТСР, то есть речь идет о неспособности пострадавшего выделять существенные потребности (фигуры) из общего фона; его истинные потребности оказываются и остаются за гранью осознания и могут подчас заменяться потребностями других людей. В процессе гештальт-терапии с ПТСР акцент ставится не на понимании (интерпретации) клиента, не на попытках научить его определенным схемам поведения, а на переживании и максимальном расширении жизненного пространства и свободы выбора. Этот метод, основанный на осознании клиентом своего жизненного (в том числе — и трагического) опыта по принципу «здесь и сейчас», побуждает человека лучше узнать себя и принять таковым, какой он есть на самом деле — со своими психотравмами, негативным опытом, вытесненными конфликтами и т. д. Целью гештальт-терапии является восстановление естественного, нормального контакта пострадавшего с окружающим миром, который при ПТСР чаще нарушается по защитным механизмам (так называемым «сопротивлениям») ретрофлексии («удержание в себе»), проекции («отказ от личной ответственности»), интроекции («проглатывание без переваривания», позиция «жертвы») и дефлекции («избегания контактов»). С позиций гештальт-терапии повторяющиеся кошмарные сновидения при ПТСР рассматриваются как выражение скрытого конфликта, различные элементы сновидений трактуются как проекция отдельных частей личности пострадавшего. При таком подходе сон является своеобразным «экзистенциальным посланием», с которым спящий обращается к самому себе. К основным про-

цедурам гештальт-терапии при ПТСР относятся: расширение осознания, принятие ответственности, преодоление сопротивления, интеграция противоположностей и усиление внимания к чувствам.

Символ-драма

Кататимно-имагинативная психотерапия («символ-драма»), разработанная Гансом Лейнером в 1997 г., называется также «методом сновидений наяву». Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов («картин») на заданную психотерапевтом тему, когда лежащий в расслабленном состоянии на кушетке клиент вызывает у себя с помощью врача похожие на сновидения образы — имагинации. Вся система метода кататимного переживания образов (КПО) разделена на три ступени, для которых отобраны соответствующие мотивы, представляющие широкое поле для символического проецирования индивидуального материала. К стандартным мотивам относятся мотив «луга», мотив «ручья», мотивы «горы» и «дома». Особый мотив — «заглянуть в мрак леса» — дает возможность доступа к бессознательному материалу и применяется на высшей ступни КПО.

При психотерапии лиц, страдающих ПТСР, метод КПО позволяет решить следующие задачи:

1) снижение психоэмоционального напряжения;

2) формирование позитивного фона настроения, получение доступа к ресурсному состоянию;

3) достижение релаксации, что, в свою очередь, усиливает яркость представляемых образов, а это способствует еще более глубокому расслаблению;

4) постепенное осознание истоков проблем, причинно-следственной связи между особенностями личности и симптомами;

5) проработка аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;

6) обращение к проблемам раннего периода жизни и их проработка, так как, по мнению многих авторов, проблемы раннего детства в дальнейшем увеличивают риск возникновения ПТСР.

По мнению И. Г. Малкиной-Пых (2005), для коррекции личностных особенностей у комбатантов с ПТСР можно применять следующие мотивы: «луга», «ручья», «дома» и мотив «подъема в гору». Главным моментом при проведении КПО является сочувствующая идентификация психотерапевта с соответствующей сценой сновидения наяву (эмпатия). Такая временная идентификация с клиентом преследует цель совместного переживания эмоционально значимых для него моментов.

Семейная психотерапия

Значительная распространенность в семьях лиц с боевыми и небоевыми ПТСР супружеских конфликтов, разводов, злоупотребления алкоголем, наркомании и т. д. обусловливают важность проведения семейной психотерапии (СП) как модификации отношений в системе семьи с помощью психокоррекционных и психотерапевтических методов. Основной задачей СП является ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности с проявлениями ПТСР. Существует ряд критериев, отличающих «функциональные» и «дисфункциональные» семьи. Позитивными являются ситуации, когда пережитая человеком травма в семье не отрицается, а принимается; когда проблемы лица с ПТСР распределяются на всю семью, а не лежат исключительно на «жертве»; когда семья в целом ориентирована на решение травматической проблемы, а не на обвинение пострадавшего. На этапах психотерапевтической коррекции осуществляется построение терапевтического альянса, воссоздание проблемы, ее переструктурирование и развитие «теории заживления». Чаще всего в СП лиц с ПТСР применяются следующие психотехнические приемы: слушание, проигрывание ролей, использование молчания, создание «живых скульптур», конфронтация, анализ видеомагнитофонных записей и др. Любые формы СП начинаются с установления так называемого «семейного диагноза» — определения типологии нарушений с учетом личностных свойств членов семьи и характеристик патологии одного из них. Следует всегда помнить, что основным теоретическим базисом СП является принцип системности семейных отношений, под которым понимается взаимодетерминированность отдельных личностей и межличностных отношений. Согласно этому принципу, любая семья представляет собой замкнутый и постоянно воспроизводимый гомеостатический цикл, образуемый, с одной стороны, характером взаимодействия и стилем общения семьи, а с другой, — их личностными особенностями.

Ослабление травматического инцидента

Этот метод (ОТИ) относится к наиболее простым и достаточно эффективным способам коррекции ПТСР. Его целью является достижение когнитивной переоценки травматического события. Акцент делается на нейтральности терапевта: клиенты в этом методе являются как бы обозревателями, психотерапевт — фасилитатор, а сам процесс

называется «просмотр». Техника ОТИ состоит в просмотре, визуализации, повторном проживании пережитой травмы, при этом процесс должен идти без прерываний, интерпретаций и одобрений. Общение с клиентом носит достаточно схематичный и четко определенный характер; при любой реакции клиента психотерапевт должен оставаться нейтральным и невозмутимым. Основная задача ОТИ — добиться у клиента отчетливого воспоминания травматического события и путем повторного многократного через него прохождения достичь когнитивной переоценки события.

Помимо вышеперечисленных методов, в практике психотерапии ПТСР используются различные методы психодинамической и групповой психотерапии, техника «вскрывающих интервенций», тренинг преодоления тревоги, арт-терапия, гипноз и многие другие психотерапевтические способы воздействия на пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

По мнению Б. С. Положего (2005), психотерапевтические методы (когнитивные, психодинамические, поведенческие и интегративные) в настоящее время занимают ведущее место в комплексном лечении больных с ПТСР. Основными принципами психотерапии при этом являются комплексность мероприятий, дифференцированность (в зависимости от стадии и клинического варианта заболевания) и протяженность во времени — длительная работа до достижения выздоровления или стойкого клинического улучшения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психотерапия в современном мире

На рубеже XX и XXI вв. психотерапия переросла границы узкой профессиональной сферы и превратилась в самостоятельный островок современной культуры. Это «психотерапевтическое пространство», хотя и остается неоднородным, все же объединяется общим гуманистическим духом, общими целями, высокой толерантностью к иным взглядам и мнениям, чувствительностью и восприимчивостью. Преобладающей тенденцией развития психотерапии остается появление новых школ, методик и техник, то есть дивергенция. Однако в психотерапии второй половины XX в., наряду с продолжавшейся дивергенцией и поиском новых путей, набирала силу противоположная тенденция — к конвергенции, сближению и объединению различных подходов. Так, Дж. Доллард и Н. Миллер (1950) пытались перевести фрейдистскую концепцию на язык бихевиоральной теории. Е. Генд-

лин (1964) считал, что все психотерапевтические подходы работают благодаря воздействию на процесс переживаний пациента. Дж. Франк (1961) выдвинул одну из первых гипотез о существовании неспецифических общих факторов, определяющих эффективность всех видов психотерапии. В последующем психотерапевтическая интеграция стала полем интенсивных исследований и дискуссий, а затем начала обретать черты самостоятельного направления. Создано Международное общество по изучению психотерапевтической интеграции, в США издается соответствующий научный журнал. Было опубликовано более 50 монографий, посвященных различным интегративным подходам.

В настоящее время можно выделить четыре направления психотерапевтической интеграции: методический эклектизм, ассимилятивная интеграция, поиски общих факторов терапии и, наконец, теоретическая интеграция.

Для сторонников методического эклектизма теория вторична по отношению к практике и не должна препятствовать включению разнородных техник в комплексные (чаще их не совсем правильно называют системными) терапевтические схемы, модели, протоколы. За рубежом известны модели Л. Бютлера и Дж. Кларкина, Дж. Эгана, Б. Бетмана, У. Стайлса, Дж. Прохазки с соавт. и др. В нашей стране известна краткосрочная мультимодальная психотерапия Арнольда Лазаруса — одного из ведущих представителей методического эклектизма. Одно из научных исследований в этой области интеграции показало, что терапевтический процесс проходит более гладко, когда исследующие подходы (психодинамический или гуманистический) предшествуют предписывающим (бихевиоральному и когнитивному), а не наоборот.

Взаимное сближение различных теорий психотерапии называют ассимилятивной интеграцией. В этой области также достигнуты определенные успехи. Например, психология самости интегрирует аспекты динамического и гуманистического направлений. Интегративный когнитивный подход (Арфорд Б., Норкросс Дж., 1991) ассимилировал идею инсайта и приемы бихевиоральной и гуманистической терапии. Одна из моделей экзистенциально-гуманистического направления (Шнейдер К., Мэй Р., 1995) продуктивно использует когнитивные, бихевиоральные и психодинамические идеи, объединенные в рамках экзистенциализма. Большинство современных теоретиков всех трех основных направлений соглашаются, что на людей существенно влияют системы межличностных отношений, которые могут становиться психотерапевтическими мишенями.

Терапевтические факторы — это компоненты, аспекты, составные части терапевтического процесса. Дж. Франк (1982) был одним из первых, кто предположил наличие общих факторов во всех направ-

лениях современной психотерапии. Основными среди них он считал борьбу с деморализацией пациента, эмоционально насыщенные доверительные отношения с терапевтом, ритуал восстановления здоровья, в который верят как пациент, так и терапевт. Другие авторы предлагали различные по составу и количеству списки общих факторов (Голдфрид М., 1980; Мармор Дж., 1987; Ялом И., 1995; и др.). Важно подчеркнуть, что во всех психотерапевтических подходах в разных пропорциях присутствуют универсальные психологические механизмы коммуникации — убеждение, внушение, эмоциональное заражение, подражание.

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее последовательности и этапов. Это наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических модальностей, ориентированных на личностные изменения. Обычно выделяют следующие этапы:

1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;

2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;

3) определение «психотерапевтических мишеней»;

4) применение конкретных методик и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;

5) закрепление достигнутых результатов;

6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблемы зависимости от психотерапевта).

Наиболее принципиальной и сложной областью психотерапевтической интеграции является теоретическая. Будущая теория психологических воздействий и изменений напрямую связана с теоретическими представлениями о структуре и функциях психики человека, о природе сознания и его взаимодействии с бессознательным. Хотя эти фундаментальные научные проблемы еще не решены, психотерапевты-теоретики строят интегративные теории, обращая внимание на те или иные патогенные механизмы в психике человека. Так, Дж. Эндрюс (1990) утверждает, что тенденция поддерживать гармоничную и устойчивую «Я»-концепцию может стать источником патологии, когда человек будет упрямо отстаивать свои собственные дисфункции. М. Махони (1991) поддерживает позицию конструктивистов о том, что реальность относительна и каждый индивидуум конструирует свою реальность. Патологические реакции представляют собой результат неудачного переноса старых паттернов поведения на новые жизненные ситуации. В теории Дж. Богарта (1992) подразумевается, что при-

чиной психопатологии является неумение учиться, извлекать уроки из собственных ошибок. В других интегративных теориях причинами психопатологии считаются межличностные дисфункции, недоверие к себе, неадекватное самопринятие, дезинтеграция системы личностных смыслов, жесткие схемы мышления и поведения, затруднения доступа разума к собственным эмоциям и поведению и др.

Несмотря на множество сложностей, движение к интеграции в психотерапии остается жизнеспособным и сильным. Уже сейчас оно дает возможность психотерапевтам-практикам преодолевать догматизм научных школ и авторитетов, создавать гибкие терапевтические комбинации применительно к потребностям своих пациентов. Психотерапия становится и будет становиться все более консолидированной и менее противоречивой. В 1963 г. К. Роджерс справедливо констатировал, что «поле психотерапии находится в состоянии хаоса». Другие авторы писали о «психотерапевтических джунглях». Конвергенция и интеграция в психотерапии дают основание надеяться, что когда-либо «хаос» будет упорядочен, а «джунгли» расчищены, и психотерапия обретет единую универсальную систему.

На рубеже XX и XXI вв. в психотерапии оформилось так называемое мультикультурное (транскультурное, кросс-культурное) движение. Первоначальный импульс к нему возник в США и был обусловлен низким качеством психотерапевтической помощи, достающейся представителям национальных меньшинств. В дальнейшем необходимость в широких кросс-культурных исследованиях была связана с массовыми переселениями жителей Азии и Африки в развитые страны. Появились прослойки населения — носители двух культур. Было показано, что психотерапия, создававшаяся в странах Запада для нужд «представителей белой расы» из средних и высших социальных слоев, не подходит для других групп населения, хотя бы и ассимилированных в массовую культуру. Причиной этого является незнакомство большинства психотерапевтов с культурными основами, обычаями, стилем жизни, менталитетом представителей этнических и культурных меньшинств. Большое значение приобретают религиозные различия. В соответствии с патернализмом традиционных культур, пациенты из такой среды проявляют зависимость, ожидают (а, порой, и требуют) от психотерапевта авторитарности, директивности, немедленного и однозначного разрешения собственных проблем. При этом они не склонны обсуждать и раскрывать свои переживания и демонстрировать эмоции. Эти и другие особенности требуют адаптации «продвинутых» психотерапевтических техник применительно к потребностям культуральных меньшинств.

Указанная проблема является актуальной и для нашей многонациональной и мультиконфессиональной страны. Преодоление меж-

культурных барьеров в психотерапии оказалось очень сложной задачей. Выяснилось, что рекомендации знать культуру своего пациента необходимы, но недостаточны для эффективного лечения. Попытки идти навстречу ожиданиям пациентов, проявлять активность и директивность в решении их проблем также приводят психотерапевта к неудаче. Авторы, работающие в этой области, указывают на особое значение межличностных отношений между психотерапевтом и «инокультурным» пациентом. Примером мультикультурного подхода, получившего некоторую популярность и в нашей стране, является позитивная психотерапия Н. Пезешкиана. Психотерапевт любого направления, работающий с культурными меньшинствами, должен улавливать внутреннее сходство между различными культурами и мировоззрениями, владеть философской ориентацией, позволяющей выйти за культурные рамки. Он должен быть способен преодолевать собственные предрассудки. Искренняя забота и внимание к пациенту будут способствовать успеху лечения. Определенные надежды возлагаются на новую теорию мультикультурного консультирования и терапии, разработанную в США Д. Сью с соавт. (1990; 1995).

Оценивая роль и место психотерапии в современной науке и культуре, следует остановиться на ее интердисциплинарной специфике. Психотерапия одновременно является наукой, искусством и общечеловеческой практикой.

Научная миссия психотерапии осознается далеко не всеми ее представителями. Однако теории психотерапии опираются как на естественные, так и на общественные науки, связывая их между собой. Из психиатрической дисциплины психотерапия превратилась в область пересечения медицины, психологии, педагогики, социологии, культурологии и других наук. Она не только заимствует их достижения, но и делится своими собственными открытиями. В области медицины психотерапия ищет и находит сферы применения во всех клинических дисциплинах. Биопсихосоциальная модель болезни предоставляет для этого широкие возможности. Постепенно оформляются бихевиоральная медицина и психология здоровья — две смежные области, общей идеей которых является применение всевозможных психотерапевтических методов к больным и здоровым людям с профилактическими, лечебными и реабилитационными целями. Тенденции медицины к интегративности, холистичности не могут воплотиться в жизнь без активного участия психотерапии.

Вклад психотерапии в психологическую науку многообразен и касается теорий личности, закономерностей общения, функционирования малых групп, теорий лидерства и других разделов. Влияние психотерапии на социальные науки (микросоциологию, политологию, экономику) не столь заметно. Об этом свидетельствует, в частности,

негативный опыт марксистско-ленинских социальных наук, недооценивших иррациональный компонент психики человека и переоценивших возможности ее произвольной трансформации. Впрочем, работы Г. Саймона (1958, 1960, 1982) с его концепцией «ограниченной рациональности» в принятии экономических решений, а также других исследователей (Г. Хакен, А. Сен) внушают оптимизм в отношении интеграции психолого-педагогических и психотерапевтических знаний в социальные науки.

Психотерапия всегда нуждалась в философской поддержке. Это было обусловлено необходимостью в рациональных формах мировоззрения, не зависимых от религиозных представлений. Преодолеть деморализацию, свойственную психотерапевтическим пациентам, можно только путем опоры на определенную морально-нравственную систему, на идеалы и ценности. Например, советская гипносуггестивная психотерапия находилась в полном соответствии с господствовавшей философской и идеологической системой. В настоящее время мы имеем дело с философским и идеологическим плюрализмом, который не может реально помочь человеку в выборе жизненного сценария или иных решений, формировании личной точки зрения по какому-либо вопросу. Если психотерапевт совместно с пациентом ищут правильный путь, то они хотя бы смутно должны представлять себе цель, к которой стремятся. Поиск философских основ и оправданий психотерапии осложняется рядом обстоятельств. Существующие школы и направления в психотерапии отталкиваются от философских концепций неклассического периода. Так, психоанализ создал свою собственную философию, но позднее получил поддержку в структурализме Ж. Лакана и М. Фуко. Когнитивно-бихевиоральное направление жестко связано с философией прагматизма. Экзистенциальная психотерапия связана с одноименной философией, которая и послужила ее источником. Гештальт-терапия находит обоснование в феноменологии Э. Гуссерля. Философская герменевтика породила нарративные подходы в психотерапии. Однако неоклассический, модернистский период развития философии завершился. Философия вошла в эпоху постмодернизма и впала при этом в кризис (не первый и не последний в ее истории). Философское знание перестало быть знанием, оно потеряло универсальность и прогностичность. В особо сложном положении находится современная философия науки. Парадигма, созданная логическим позитивизмом, разрушена, выдвинуто множество альтернативных методологических концепций, но ни одна из них не может решить проблем, стоящих на повестке дня. Например, в лице П. Фейерабенда аналитическая философия науки дошла до выступления против самой науки и до оправдания самых крайних форм иррационализма. Автор

назвал свою концепцию эпистемологическим анархизмом. Не находя твердой опоры в новейшей философии, каждый психотерапевт вынужден придерживаться устаревших философских взглядов,или, как большинство людей, отказаться от связного мировоззрения и отдаться иррациональному «потоку жизни», принимая решения «по обстоятельствам».

Психотерапия на практике сохраняет все признаки магического ритуала и театрального действа. Это хорошо понимали такие ее основоположники, как Ф. А. Месмер, З. Фрейд, В. М. Бехтерев, Дж. Морено и другие. Искусство, художественное творчество в его пассивной и активной формах обладает неисчерпаемым психотерапевтическим потенциалом. Достаточно вспомнить феномен катарсиса, описанный Аристотелем. Однако наряду с позитивным действием некоторые произведения искусства могут оказывать и психотравмирующее действие. В наше время сложилось оригинальное направление психотерапии — арт-терапия. Развиваются разновидности арт-терапии, вовлекающие пациентов в разнообразные области художественного творчества: литературу, музыку, танцы, живопись, фото- и киноискусство, скульптуру, драматическое искусство и многие другие. Например, недавно в нашей стране разработана трансдраматическая терапия, основанная на опыте крупнейших режиссеров — К. С. Станиславского, Б. Брехта, М. А. Чехова (Строганов А. Е., 2008). Психотерапия, особенно психоанализ, оказала заметное влияние на искусство XX в.

Научная, академическая психотерапия вошла в повседневную культуру развитых западных стран. Иметь «своего» психотерапевта (как правило, психоаналитика) считается необходимым и престижным среди высших слоев общества. Психотерапевты и психологи нередко становятся героями кинофильмов, участниками различных телешоу, выступают в качестве экспертов в масс-медиа и др. Высокая степень доступности психотерапевтических услуг, несомненно, является фактором, положительно влияющим на психическое здоровье. В странах второго и третьего мира психологическую помощь населению оказывают, в основном, представители альтернативной психотерапии. «Ученые» адепты парапсихологии и парамедицины, считающие себя носителями эзотерического знания; народные целители, апеллирующие к национальным корням; колдуны и маги, эксплуатирующие религиозные мифы — эти и другие деятели (чаще всего, непрофессионалы) в основном удовлетворяют потребности населения в психологической помощи и лечении. Так обстоит дело и в нашей стране, где две тысячи врачей-психотерапевтов и полторы тысячи клинических психологов составляют конкуренцию огромной армии целителей, численность которой оценивается не то в 400, не то в 800

тысяч человек. Данная пропорция если и сместится в пользу профессионалов, то очень нескоро. Очевидно, что форсировать этот процесс административными мерами бесполезно.

Если психотерапия и в состоянии дистанцироваться от подобных течений, то ей практически невозможно уйти от морально-этических проблем, встающих перед пациентами и их родственниками. Психотерапевт реально способен помочь пациенту сделать выбор, но не подсказывая «правильный» или «выигрышный» вариант, а создавая условия для принятия взвешенного и обдуманного решения. Многие юридические вопросы являются в то же время и вопросами психологическими. Можно мечтать о таких временах, когда общественные функции и авторитет психологов и психотерапевтов уподобятся функциям и авторитету юристов.

Психотерапия интенсивно развивается, находя все новые и новые области применения — как в медицине, так и за ее пределами. Общее число психотерапевтических методик приближается к 800 — это уже соответствует числу наиболее употребительных медикаментов. Освоить их на профессиональном уровне одному человеку не представляется возможным. Новые методы все чаще создаются «на стыке» различных направлений и школ. Все это приводит трезвомыслящих ученых и практиков к необходимости интеграции в психотерапии, несмотря на ее непрерывную дивергенцию. Интересы больных и людей, находящихся в трудных жизненных ситуациях, настоятельно требуют наведения порядка в «психотерапевтических джунглях», придания им хотя бы внешней стройности. Хотелось бы надеяться, что эта задача будет решена в ближайшие десятилетия. Заметим, что при всем имеющемся многообразии форм и видов психотерапия остается научной дисциплиной, придерживается своих рациональных основ, объективно оценивает свои сильные и слабые стороны, способна выявлять и исправлять собственные ошибки. Психотерапия готова признать мифологическую сущность некоторых, а, может быть, и большинства своих систем. Одни мифы уводят от жизни и влекут к гибели, а другие помогают выживать, продлевают жизнь. Поэтому, соприкасаясь с философией и мистикой, психотерапия никогда полностью не сольется с ней, никогда не станет претендовать на роль новой идеологии, открывающей людям пути и способы «правильной» жизни. Ответственность за свой выбор, за свои поступки, за их предвидимые последствия может быть снята только с душевнобольных, да и то в ряде особых случаев (например, патологический аффект, помрачение сознания, грубые дефекты личности). В большинстве же случаев психотерапия помогает человеку стать сильнее, избавиться от внутренних помех и дискомфорта, приблизиться к полноценной, насыщенной жизни, ощутить свою индивидуаль-

ность. Общественные функции психотерапии полезны и позитивны. Некоторые школы психотерапии, например гештальт-терапия, склонны создавать постоянные поддерживающие социальные сети, неформальные сообщества, сама среда которых гуманна, терапевтична и, по сути, представляет высший эталон культуры межличностного общения. В нашей стране такие примеры имеют особое значение. Весьма перспективно создание групп психологической самопомощи, хотя это мало соответствует преобладающему российскому менталитету. Психотерапия, несомненно, способствует приближению людей к общечеловеческой жизненной мудрости, благоразумному и взвешенному поведению. Психотерапия помогает думать о духовности, а возможно, и приближает к ней. Психотерапию называют искусством заботы; жизнь и деятельность выдающихся психотерапевтов XX в., таких как Джейкоб Морено, Вирджиния Сатир, Эрик Берн, Фриц Перлс, Милтон Эриксон, Карл Роджерс, Ролло Мэй, Ирвин Ялом, Джеймс Бьюдженталь и многих других, дают примеры искреннего стремления помогать людям, высочайшего практического мастерства, творческой самоотдачи и житейского оптимизма.

Литература

Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники : практическое руководство. — М., 1999.

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней : пер. с англ. — М. : Прогресс — Культура : Изд-во Агентства «Яхтсмен», 1995.

Александров А. А. Современная психотерапия : курс лекций. — СПб. : Академический проект, 1997.

Александров А. А. Психотерапия : учебное пособие. — СПб. : Питер, 2004.

Александров А. А. Интегративная психотерапия. — СПб. : Питер, 2009.

Античные риторики. — М. : МГУ, 1978.

Арапов М. Наш великий и могучий. — М. : Знамя, 2006.

Безменова Н. А. Очерки по теории и истории риторики. — М. : Наука, 1991.

Бек Джудит С. Когнитивная терапия : полное руководство. — М. : ООО «И. Д. Вильямс», 2006.

Брабин Г. Родной язык и мозг // Курьер ЮНЕСКО. — 1982. — № 3.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. — М., 1999.

Брудный А. А. Психологическая герменевтика. — М. : Лабиринт,1998.

Бурлачук Л. Ф., Грабская И. А., Кочарян А. С. Основы психотерапии : учебное пособие для студентов вузов. — Киев : Ника-Центр; М. : Алетейа, 1999.

Бурно Е. М. Терапия творческим самовыражением. — М. : Медицина, 1989.

Бьюдженталь Д. Наука быть живым: диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии : пер. с англ. — М. : Независимая фирма «Класс», 1998.

Вайнер И. Основы психотерапии : пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002.

Варшавская А. И. Риторика монолога. — СПб., 2002.

Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание. — М., 1977.

Вербицкая Л. А. Давайте говорить правильно. — М., 2003.

Выготский Л. С. Мышление и речь. — М., 1996.

Гиллиген С. Терапевтические трансы : руководство по эриксоновской гипнотерапии : пер. с англ. — М. : Независимая фирма «Класс», 1997.

Гордон Д. И., Майерс-Андерсон М. Феникс. Терапевтические паттерны Милтона Эриксона : пер. с англ. — М. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.

Грецов А. Г. Тренинг компетентности в общении (для подростков) : учебное пособие. — СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2004.

Гриндер Дж. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона : пер. с англ. — М. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007.

Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку : пер. с нем. — СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1997.

Дехтяр И. Г. Психотерапевтическая мишень в психотерапии. — М. : Мини Тайп, 2005.

Донских О. А. К истокам языка. — Новосибирск, 1998.

Евтушенко В. Г. Энциклопедия гипнотических техник. — М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.

Жинкин Н. И. Язык, речь, творчество. — М., 1998.

Залевская А. П. Введение в психолингвистику. — М., 1999.

Зеленский В. В. Толковый словарь по аналитической психологии (с английскими и немецкими эквивалентами). — 2-е изд., расшир. и доп. — СПб. : БК, 2000.

Импотенция: интегрированный подход к клинической практике : пер. с англ. / под ред. А. Грегуара, Д. П. Прайора. — М. : Медицина, 2000.

Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб. : Сенсор, 1999.

Каплан Х. С. Основные принципы секстерапии // Сексология / под ред. Д. Н. Исаева. — СПб. : Питер, 2001.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М. : Медицина, 1985.

Классен И. А. Практическая психотерапия : курс лекций. — М. : МЕДпресс-информ, 2004.

Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб. : Питер, 2002.

Когнитивная терапия депрессии / под ред. А. Бека, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. — СПб. : Питер, 2003.

Кодухов В. И. Введение в языкознание. — М., 1987.

Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., Игумнов С. А. Общая психотерапия : учебное пособие. — Минск. : Вышейшая школа, 2003.

Копытин А. И. Основы арт-терапии. — СПб. : Лань, 1999.

Копытин А. И. Тренинг по фототерапии. — СПб. : Речь, 2003.

Коттлер Дж. Совершенный психотерапевт. Работа с трудными клиентами : пер. с англ. — СПб. : Питер, 2002.

Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М. : Медицина, 1994.

Краснов А. Ф., Денисов И. Н., Ахмедзянов Р. Б. Медицинская риторика. — М., 2005.

Красота и мозг / под ред. И. Ренчлера. — М. : Мир, 1995.

Краткий психологический словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., расш., испр. и доп. — Ростов н/Д : Феникс, 1998.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М. : Медицина, 1991.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Т. 1. — М. — П., 1923.

Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу : пер. с фр. С. Н. Автомоновой — М. : Высшая школа, 1996.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Морено. — М. : Когито-центр, 2007.

Леонтьев А. А. Основы психолингвистики. — М.,1997.

Лингвистический энциклопедический словарь. — М. : Сов. энциклопедия, 1990.

Лурия А. Р. Речь и мышление. — М., 1975.

Лурия А. Р. Язык и сознание. — М.,1979.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб. : Изд-во СПб НИПНИ им. Бехтерева, 1996.

Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. — М. : Академический проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 1999.

Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — М. : Эксмо, 2005. — 928 с.

Мальчиоди К. Арт-терапия и мозг // Исцеляющее искусство. Международный журнал арт-терапии. 2002. №3.

Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии : пер. с англ. — М. : Мир, 1998.

Микиртумов Б. Е., Ильичев А. Б. Клиническая семантика психопатологии. — СПб., 2003.

Минский М. Фреймы для представления знаний. — М.,1979.

Мясищев В. Н., Лебединский М. С. Введение в медицинскую психоло-гию. — Л. : Медицина, 1966.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1960.

Налимов В. В. Спонтанность знания. — М.,1989.

Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования : пер. с англ. — СПб. : Питер, 2001.

Носачев Г. Н. Введение в психотерапию : учебное пособие. — Самара : Самарский Дом печати, 1997.

Осипова А. А. Общая Психокоррекция : учебное пособие для студентов вузов. — М. : ТЦ «Сфера», 2000.

Основные направления современной психотерапии / научн. ред. А. М. Боковиков. — М. : «Когито-Центр», 2000.

Павлов И. С. Психотерапия в практике. — М. : «ПЕР СЭ», 2006.

Паттерсон С, Уоткинс Э. Теории психотерапии. 5-е изд. — СПб. : Питер, 2003.

Пашковский В. Э., Пиотровский Р. Г., Пиотровская В. Р. Психиатрическая лингвистика. — СПб., 1994.

Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. — СПб., Питер, 2000.

Психотерапия / под ред. Б. Ю. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2002.

Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / пер. с англ. / общ. ред. и предисл. Исениной Е. И. — М., 1994.

Рубакин А. Н. Лоцман книжного моря. — М. : Молодая гвардия, 1979.

Самуэлс Э. Юнг и постъюнгианцы. — М. : ЧеРо, 1997.

Сахарный Л. В. Введение в психолингвистику. — Л.,1989.

Сексопатология : справочник / под ред. Г. С. Васильченко. — М. : Медицина, 1990.

Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (Уроки гипноза) : пер. с англ. / под ред. Дж. К. Зейга — М. : НФ Класс, 1994.

Спаркс М. Начальные навыки эриксонианского гипноза : пер. с англ. — Новосибирск : Фирма Имидж-Контакт, 1991.

Спивак Д. Л. Лингвистика измененных состояний сознания. — Л., 1986.

Справочник практического психолога : психотерапия / сост. С. Л. Соловьева. — М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2005.

Супрун А. В. Лекции по языковедению. — Минск, 1978.

Тарасов Е. Ф. Тенденции развития психолингвистики. — М., 1987.

Тодд Дж., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии / пер. с англ. — СПб. : Сова; М. : ЭКСМО-Пресс, 2001.

Тукаев Р. Д. Психотерапия: структура и механизмы. — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.

Тукаев Р. Д. Психотерапия: теория, структура, механизмы. — М. : МИА, 2007.

Учебные программы по специализации «Психолингвистика». — СПб. : Гос. университет, 2002.

Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб. : Питер, 2002.

Федорова А. И. Терапия психогенных диспареуний // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 5.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.

Фрейджер Р., Фейдимеи Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. — СПб., 2001.

Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии : пер. с нем. — СПб. : «ВЕИП», Речь, 2001.

Хейвенс Р. Мудрость Милтона Эриксона : пер. с англ. — М. : НФ «Класс», 1999.

Хейли Дж. О Милтоне Эриксоне : пер. с англ. — М. : НФ «Класс», 1998.

Холл Дж. А. Юнгианское толкование сновидений : практическое руководство : пер. с англ. В. Зеленского. — СПб. : Издательский дом «Азбука-классика», 2008.

Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности : пер. И. Б. Гриншпун. — М., 2000.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). — СПб. : Питер, 1997.

Юнг К. Г., фон Франц М.-Л., Хендерсон Дж. Л., Якоби И., Яффе А. Человек и его Символы / под общ. ред. С. Н. Сиренко. — М. : Серебряные нити, 1998.

Черепанова И. Ю. Вербальная суггестия: теория, методы и социально-лингвистический эксперимент. — Пермь, 1996.

Шабес В. Я. Речь и знание. — СПб.,1992.

Шавердян Г. М. Основы психотерапии. — СПб. : Питер, 2007.

Шубина Н. Л., Антошинцева М. А. Вспомогательные семиотические системы в устной и письменной коммуникации. — СПб., 2005.

Шульц Д. П., Шульц С. Э. История современной психологии : пер. с англ. — СПб.: Евразия, 2002.

Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. — СПб., 2002.

Эриксон М. Г. Мой голос останется с вами: обучающие истории Мильтона Эриксона : пер. с англ. — СПб. : Петербург — XXI век, 1995.

Эриксон М. Стратегия психотерапии : избранные работы : пер. с англ. — СПб. : Речь, 2002.

Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения : пер. с англ. — М. : НФ «Класс», 2000.

Эриксон М., Хейли Дж. Стратегии семейной терапии : пер. с англ. — М. : Изд-во Ин-та общегуманит. исслед., 2007.

Эриксон М. Г., Росси Э. Л. Человек из февраля: Гипнотерапия и развитие самосознания личности : пер. с англ. — М. : НФ «Класс», 1995.

Юнг К. Г. Психологические типы — М. : Государственное издательство, 1992.

Юнг К. Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика / сост., предисл. и перевод с англ. В. Менжулина. — Киев : СИНТО, 1995.

Юнг К. Г. Сознательное и бессознательное : пер. с англ. — СПб. : Университетская книга, 1997.

Юнг К. Г. Избранное : пер. с нем. Е. Б. Глушак, Г. А. Бутузов, М. А. Собуцкий, О. О. Чистяков / Отв. ред. С. Л. Удовик. — Минск : ООО «Попурри», 1998.
Юнг К. Г. Практика психотерапии : пер. А. А. Спектор. — Минск : Харвест, 2003.
Юнг К. Г. Структура психики и архетипы : пер. с нем. Т. А. Ребеко. — М. : Академический проект, 2007.
Ялом И. Мамочка и смысл жизни: психотерапевтические истории. — М., 2002.
Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии : пер. с англ. — СПб. : Питер, 2000.
Ялом И. Экзистенциальная психотерапия : пер. с англ. — М. : НФ «Класс», 1999.

Adler G. A cliscussion on archetypes and internal objects. A contribution of clinical material. Brit-J // Wed. Psychol., 1949, № 22.
Adler G. Studies ill analytical jisycllology. — New York : Norton, 1948.
Anastasi A. Psycflological testing. (3rd ed.). — New York : Maemillan, 1968.
Ball E. I. A factor analytic investigation of the personality typology of C. G. Jung // Viss. Abst. 1968. № 28.
Bandura A. Principles of behavior modification. — New York : Holt, 1969.
Bash K. W. Zul experimentellen Grundlegung dcr Jungschen Traumanalyse. (On the laying of an experimental foundation of lung's dream analysis) Scllweiz. Z. Psycltol. Arlwend, 1952, № 11.
Beck A. T. Cognitive therapy and emotional disorders. — New York : International University Press, 1976.
Berry F. M. Analysis of process of bibliotherapy. — Washington, 1977.
Bonnet E. A. C. G. Jung. — London : Barrieand Rockliff, 1961.
Charon R., Wyer R. Narrative evidence based medicine // Lancet, 2008, № 9609.
Jung C. G. Collected works. H. Read, M. Forclham and G. Adler (Eds.). — Princeton : Princeton Univ. Press, 1953.
Jung C. G. The archetypes and the collective unconscious. In Collected works. Vol. 9, Part I. — Princeton : Princeton Univ. Press, 1959.
Jung C. G. The psychology of the unconscious. In Collected works. Vol. 7. — Plinceton Univ. Press, 1953 (First German edition, 1943).
Jung C. G. The relations between the ego and the unconscious. In Collected Works. Vol. 7. — Princeton Univ. Press, 1953 (First German edition, 1945).
Jung C. G. The structure and dynamics of the psyche. In Collected works. Vol. 8. — Princeton : Princeton Univ. Press, 1960. (First German edition, 19261958.)
Rubin R. J. Bibliotherapy Sourcebook . — London, 1978.
Spoerry Th. Spraechphaenomene und Psychose. — N.Y., 1964.
Tsunoda T. Difference in the mechanism of emotion in Japanese and Westerner // Psychother. 1972, № 4.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Под редакцией **В. К. Шамрея, В. И. Курпатова**

Редактор: *Пугачева Н. Г.*
Корректор: *Гуршева О. Ю.*
Компьютерная верстка: *Листова В. В.*

Подписано в печать14.11.2011. Формат 60 × 88 $^{1}/_{16}$. Печ. л. 31,0.
Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29
Тел./факс: (812) 251-66-54; 251-16-94
http://www.speclit.spb.ru

Отпечатано с диапозитивов
в ГУП «Типография „Наука“»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия В.О., 12

ISBN 978-5-299-00472-4

9 785299 004724 >